

105 impu!se

Impulse online unter www.gesundheit-nds.de

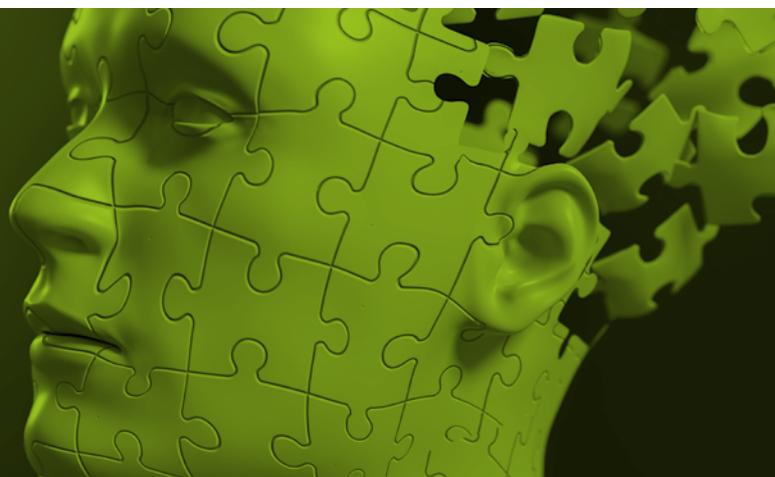
 @LVGundAFS

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Mental Health Matters

Psychische Gesundheit verstehen und fördern



EDITORIAL » Die aufgeregte Diskussion um die vermeintliche Zunahme psychiatrischer Erkrankungen, die vor allem eine Kostendiskussion ist, gipfelte im Herbst 2019 in Belegzahlen zu psychiatrischen Diagnosen bei Grundschüler*innen. Die Daten zeigen zwar eine Zunahme von Diagnosen, aber nicht, wie es um die psychische Gesundheit bestellt ist oder wie diese definiert ist. Die WHO-Definition nennt als wesentlichen Einflussfaktor eine »...lebenswerte Gegenwart und begründete Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft«. Die griffige Übersetzung für den angelsächsischen Slogan »Mental Health Matters«, der auch soziale Rahmenbedingungen einschließt, steht bei uns noch aus.

Mit dem einleitenden Artikel lässt uns Heiner Keupp die psychische Gesundheit als Ermutigung und Befähigung zur Selbstbestimmung begreifen. In den nachfolgenden Artikeln werden die Belastungen und Chancen der Digitalisierung, Genderaspekte, Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren der unterschiedlichen Settings beleuchtet. Wir möchten dazu beizutragen, dass psychische Gesundheit bei der Gestaltung von Lebensverhältnissen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen weiter in den Fokus rückt und mehr Beachtung findet, eingedenk der unerwähnten Aspekte Gewalterfahrungen und weltweiter Klimakrisen. Das nun zu Ende gehende Jahr 2019 möchten wir zum Anlass nehmen, uns bei allen Mitgliedern und Kooperationspartner*innen der LVG & AFS herzlich für die gelebte Zusammenarbeit sowie die vielfältigen Formen des Austausches und der Unterstützung zu bedanken. Über 100 externe Autor*innen haben 2019 Beiträge für die impu!se verfasst und so dafür gesorgt, dass diese Zeitschrift ein wertvolles Informationsangebot für alle, an Gesundheitsförderung und -versorgung Interessierten, darstellt. Auf diesem Weg möchten wir allen Autor*innen unseren besonderen Dank aussprechen! Die impu!se lebt von Ihren Beiträgen!!!

Wir wünschen allen Mitgliedsorganisationen, Kooperationspartner*innen, Unterstützer*innen und Interessierten an unserer Vereinsarbeit einen angenehmen Jahresausklang und ein gesundheitsförderliches sowie lebenswertes Jahr 2020!

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Umsetzung des Präventionsgesetzes: Zwischenbilanz« (Redaktionsschluss: 17.01.2020) und »Klima, Umwelt und Gesundheit« (Redaktionsschluss: 15.04.2020). Sie sind herzlich eingeladen, sich an den Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!
Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Psychische Gesundheit: Ermutigung zur Selbstbestimmung	02
Psychische Gesundheit und Gender	03
Psychische Gesundheit in Bildungssettings stärken	04
Aspekte psychischer Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt	05
Digitale Interventionen in der psychosozialen Versorgung	07
Psychische Gesundheit im Kontext des ICD-11	08
Der religiöse Glaube eine Ressource?	08
Psychologische Bedeutung des Schlafes	10
Einsamkeit im Kontext der psychischen Gesundheit	11
Förderung psychosozialer Gesundheit älterer Menschen	13
Schwangerschaftsabbruch im Blick von Politik und Forschung	14
Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz	16
Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen	17
Gesundheits-Apps bei psychischen Erkrankungen?	17
Gesundheitsförderliche Büroräume	18
Psychische Gesundheit von Männern	19
Verzahnung von Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz	20
Gesundheit von Geschwistern von Kindern mit Erkrankungen	21
Intersektionale Frauen*-Mädchen*-Gesundheitsarbeit	21
Geschlechterneutralität in der Kita	22
KonterBUNT – Einschreiten für Demokratie	23
Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen	24
Bücher, Medien	26
Termine LVG & AFS	30
Termine	32
Impressum	25



HEINER KEUPP

Psychische Gesundheit: Ermutigung und Befähigung zur Selbstbestimmung

Psychische Gesundheit wurde traditionellerweise über die Abwesenheit von psychischer Krankheit definiert und stand somit stets im pathologischen Bedeutungsschatten. Dass sich heute eine andere Sichtweise entwickeln konnte, hat entscheidend mit der Reformphase der Psychiatrie zu tun: In dieser wurde heftig darüber diskutiert, ob sich das mentale Feld von individuellem Erleben und Handeln aus einer medikalisierten Sichtweise sinnvoll verstehen lässt. Entzündet hatte sich die Debatte vor allem an dem Begriff der »psychischen Krankheit«, der der klassischen Psychiatrie und ihrer Internierungspraxis eine ideologische Rechtfertigung geben würde. Im Zuge der Psychiatriereform in den Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts wurde das medizinische Deutungsmonopol mehr oder weniger infrage gestellt und zunehmend psychologische und sozialwissenschaftliche Diskurse für die Deutung psychosozialer Problemlagen eingeführt. Die Kontroverse um das »medizinische Modell« wurde zur Kampfstätte unterschiedlicher Disziplinen, Professionen und politischer Strömungen. Ein vorläufiges Ende der damaligen Glaubenskriege erreichte der Mediziner George L. Engel mit seinem Vorschlag eines »biopsychosozialen Modells«. Man war der ideologisch aufgeheizten Kontroversen überdrüssig und eine Integrationsformel sehr willkommen. Dieses Befriedungsabkommen schien die ideologisch vereinsamten biologischen, psychologischen und soziologischen Perspektiven in einem Toleranzedikt zu wechselseitiger Akzeptanz zu motivieren. Multifaktorielle Ansätze wurden jetzt Standard und die anerkannten Diagnostiksysteme erhielten eine multiaxiale Ausrichtung. Die Pathologisierung der Debatte wurde aber auch durch die wachsende Bedeutung der Sichtweisen der Psychiatrieerfahrenen aufgebrochen. Ihre Stimmen wurden zunehmend aufgenom-

men, sie forderten Dialog und Anerkennung und vermittelten ein Bild von psychosozialen Problemerkahrungen, das als »Krankheit« eine problematische kategoriale Zuordnung erfährt. Selbsthilfeinitiativen von Psychiatrieerfahrenen entstanden, Empowermentstrategien wurden wichtig und mit der Recoverybewegung wurde deutlich, dass psychisches Wohlbefinden auch für Menschen wichtig ist, die schwere psychosoziale Probleme erlebt und zu bewältigen haben. Dieser andere Blick auf die psychosoziale Lebenssituation von Menschen und auch ihre Risikoseite, hat einen veränderten Diskurs zur psychischen Gesundheit ermöglicht:

- » 1. Psychische Gesundheit als Kontrastbestimmung: Das Fehlen von psychischen Erkrankungen;
 - » 2. Psychische Gesundheit als Normalität im Unterschied zu Abweichung (zum Beispiel Konformität, Kontrolle, Anpassung);
 - » 3. Psychische Gesundheit als positive Befindlichkeit (zum Beispiel Wohlbefinden, Glückseligkeit, Lebensgenuss);
 - » 4. Psychische Gesundheit als persönliche Stärke (zum Beispiel Autonomie, Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, Liebesfähigkeit);
 - » 5. Psychische Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Erfüllung gesellschaftlicher Anforderungen (zum Beispiel Arbeitsfähigkeit, Work-Life-Balance, Kompetenzen);
 - » 6. Psychische Gesundheit als produktive Lebensbewältigung (zum Beispiel Ressourcen, Resilienz, Handlungsfähigkeit).
- Schon diese Übersicht zeigt, wie unterschiedlich psychische Gesundheit verstanden werden kann.

Gesundheitsdefinitionen im Spiegel der Zeit

Nach den menschenverachtenden Verbrechen im Faschismus und einem mörderischen Weltkrieg kam es 1948 nicht nur zur »Allgemeine Erklärung der Menschenrechte«, sondern auch in deren Geiste zu der Positionierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die ein positives Menschenbild formuliert und damit das »biopsychosoziale Modell« vorweggenommen hat. In der Präambel der Verfassung der WHO heißt es: »Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.« Hier handelt es sich um eine starke Aussage, die von kritischer Seite als utopistisch bezeichnet wird. Das ist keine zutreffende Kritik, denn hier wird eine politische Messlatte aufgelegt, an der sich Politik und die zuständigen Institutionen und Professionen ausrichten haben und die ihnen aufzeigt, was zu tun wäre. Wichtig scheint mir hier die Formulierung von Grundrechten, die erst Jahrzehnte später in den UNO-Konventionen der Kinderrechte und Rechte der Menschen mit Behinderungen wieder aufgenommen wird. In späteren WHO-Erklärungen wird der Blick über die Rechte der einzelnen Menschen auf die gesellschaftlich-politische Ebene erweitert und erreicht so die Public Health-Perspektive. In der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta wird das sehr deutlich: »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt

ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.«

Diese Formulierung deutet auf einen bemerkenswerten Perspektivenwechsel hin. Das Wohlergehen der Menschen wird jetzt nicht mehr als erstrebenswerter Zustand beschrieben, sondern als aktiver Herstellungsprozess der Subjekte gefasst und der wiederum wird als Selbstsorge verstanden, die ein Optimum an Selbstbestimmung zur Voraussetzung hat. Die Bestimmung geht aber eindeutig über das Konzept der Selbstverantwortung hinaus. Denn es nimmt die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den Blick, die Menschen befähigen sollen, ihr Leben selbstbestimmt in die Hand zu nehmen. Dieser Perspektivenwechsel reflektiert die Ermutigungs- und kollektiven Wirksamkeitserfahrungen der sozialen Bewegungen seit den Sechzigerjahren des letzten Jahrhunderts (die Bürgerrechts-, Frauen-, Umwelt- oder Schwulen- und Lesbenbewegung et cetera).

Warum psychische Gesundheit heute ein Megatrend wird

Die aktuellen Leitideen in der Gesundheitsförderung und der psychosozialen Prävention knüpfen hier an. Konzepte wie Salutogenese, Empowerment, Partizipation, Verwirklichungschancen (»capability«) und Befähigung enthalten ein spezifisches Subjektverständnis. Verstanden wird hier das Subjekt als ein sich selbst steuerndes Individuum, das über die Erfahrung von Kohärenz und Selbstwirksamkeit jenes Maß an Autonomie erwirbt und erlebt, das den normativen Vorstellungen einer aufgeklärten, demokratischen westlichen Gesellschaft entspricht. Befähigung in diesem Zusammenhang bedeutet deshalb, jene Ressourcen zu ermöglichen, die zur Erreichung solcher normativer Zielvorstellungen notwendig sind. Sozialpolitische Maßnahmen haben entsprechend dieser Vorstellung dann den adäquaten Zuschnitt, wenn sie Subjekten die erforderliche Unterstützung bei der Erreichung dieses Ziels anbieten.

Kritische Debatten zu Empowerment und Resilienz verweisen auf die Vereinnahmung dieser Konzepte im neoliberalen Management und der dort propagierten Leitidee des »unternehmerischen Selbst«. Deshalb ist es notwendig, die Differenz zur Botschaft der Ottawa-Charta deutlich zu benennen. Diese betont zwar auch die Idee der Selbstsorge und ihre Perspektive der Verantwortungsübernahme für das eigene Leben; sie stellt aber ebenso heraus, dass die Gesellschaft dafür strukturelle Voraussetzungen im Sinne verlässlicher institutioneller Unterstützungssysteme zu schaffen hat. Die Ottawa-Charta legt nicht ein Menschenbild des allzeit funktionierenden, mobilen und flexiblen Menschen zugrunde, sondern eher das eines Menschen, der Lebensouveränität nicht mit einer grenzenlosen Bereitschaft zur Anschmiegsamkeit an die Imperative des Marktes gleichsetzt.

Psychische Gesundheit braucht immer auch den Blick auf die Lebensbedingungen und die haben im globalen Kapitalismus eine besondere Risikokonstellation angenommen. Sie besteht vor allem in einer wachsenden Beschleunigung aller Lebensvollzüge und den nicht ausreichend vorhandenen Lebenskompetenzen in der Auseinandersetzung mit diesen Lebensbedingungen. Die daraus resultierende mangelnde Balance zwischen Risiken und Bewältigungsressourcen wird dadurch noch unausgeglichen, dass im globalen Netzwerkkapitalismus immer mehr gesellschaftliche Erwartungen an die Sub-

jekte adressiert werden, sich dieser Beschleunigung nicht nur anzupassen, sondern auch noch ihre Vorstellungen eines gelungenen Lebens auf diesen normativen Horizont hin auszurichten.

Nimmt man den salutogenetischen Begriff der »Widerstandsressourcen« ernst und wörtlich, dann gehört zu ihnen auch eine kritisch-reflexive Haltung zu jenen normativen Vorgaben, die dem eigenen Wohlergehen schaden könnten. Prävention und Gesundheitsförderung sollten diese kritisch-reflexive Haltung nicht nur den eigenen Ansprüchen und Programmen zugrunde legen, sondern Menschen Kompetenz in diese Richtung zutrauen und sie darin stärken. Statt einer unreflektierten Fitnessperspektive wäre die Stärkung der Selbstsorge und Selbstachtsamkeit als normative Positionierung vorzuziehen. Das ist eine zentrale Ressource. Zugleich müssen die institutionellen Bedingungen der Möglichkeit zu praktizierter Selbstsorge immer mit bedacht werden.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HEINER KEUPP, E-Mail: heinerkeupp@psy.lmu.de

TOBIAS STAIGER

Psychische Gesundheit und Gender

Der Begriff Gender hat sich als ein Konzept etabliert, das – neben biologischen Geschlechterunterschieden – den Einfluss von zugeschriebenen und übernommenen Geschlechterrollen, Zuständigkeiten und Identitäten berücksichtigt. Dass unter Geschlecht nicht eine rein biologische Determinante, sondern ein soziales Phänomen verstanden wird, bietet einen zentralen Anknüpfungspunkt für die Erklärung von Geschlechterunterschieden in psychischer Gesundheit.

Geschlechterunterschiede in psychischer Gesundheit, Krankheit und Versorgung

Dem Robert Koch-Institut zufolge fühlen sich Frauen zu 14 Prozent psychisch beeinträchtigt, während Männer lediglich zu sieben Prozent eine seelische Beeinträchtigung angeben. Offensichtlich schätzen Männer ihre subjektive Gesundheit positiver ein als Frauen. Daten zu diagnostizierten psychischen Erkrankungen bekräftigen zunächst diesen Befund: Frauen weisen im Vergleich zu Männern ein zweifach erhöhtes Risiko auf, im Laufe ihres Lebens an einer Depression zu erkranken. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfen. Elf Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer geben an, innerhalb eines Jahres eine Beratung in Anspruch genommen zu haben. Neben krankheitsbezogenen Unterschieden scheint die Bedeutung psychischer Gesundheit für Frauen und Männer ähnlich positiv bestimmt zu sein. Während Männer jedoch stärker die körperliche Ebene und die Leistungsfähigkeit betonen, rekurren Frauen eher auf das zweckungebundene, persönliche Wohlbefinden durch die psychische Gesundheit.

Neben der in vielen Studien erfolgten Kategorisierung in Frau und Mann verweisen aktuelle Diskussionen auf die psychische Gesundheit von intergeschlechtlichen Menschen. So entstehen Belastungen durch fehlende Anerkennung von Menschen, die sich nicht mit ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren.

Multifaktorielle Ursachen der Geschlechterunterschiede

Zur Erklärung der Unterschiede werden biologische Faktoren, geschlechterrollenspezifische Einflüsse sowie diagnosebezogene Verzerrungen diskutiert. Biologische Ansätze verweisen auf die Bedeutung genetischer Dispositionen sowie auf hormonelle Regulationen bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. Angenommen wird eine erhöhte Prävalenz von Depressionen während hormoneller Umstellungen bei Frauen in postnatalen Phasen oder der Pubertät, wengleich die Aussagekraft der Studien hinterfragt wird.

Ferner gehen aus den Arbeitswirklichkeiten von Frauen und Männern unterschiedliche Ressourcen und Belastungen hervor: Obwohl sich ein Wandel beruflicher und familialer Rollenbilder abzeichnet, sind Frauen und Männer weiterhin in unterschiedlichem Maße in Erwerbs- und Familienarbeiten eingebunden und gehen statistisch gesehen branchenspezifischen Tätigkeiten nach, die unterschiedliche Beanspruchungen zur Folge haben (78 Prozent Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen; 87 Prozent Männer im Baugewerbe).

Literaturübersichten zum Umgang mit psychischen Erkrankungen deuten zudem darauf hin, dass sich Männer oftmals an einem traditionellen Rollenbild orientieren, das der Wahrnehmung von psychischen Belastungen widerspricht. Sie beschreiben die Ursache einer Depression häufig als Folge belastender Arbeitsbedingungen, vermeiden eine Offenlegung psychischer Probleme und bewerten die Nutzung gesundheitlicher Angebote als unvereinbar mit ihrem männlichen Selbstbild. Gleichwohl verweisen Befunde zur Bedeutung von Männlichkeit im Umgang mit Depression auf alternative Männlichkeitsentwürfe, indem sich Männer explizit vom traditionellen Ideal abgrenzen und den Austausch in Männergruppen sowie die Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote als Ressource begreifen.

Das Phänomen »male depression«

Während eine erhöhte Lebenszeitprävalenz depressiver Erkrankungen bei Frauen vorliegt, stellt sich dieses Verhältnis bei tatsächlich umgesetzten Suiziden – hinter denen oftmals eine unbehandelte Depression angenommen wird – jedoch entgegengesetzt dar. Vermutet wird eine Unterdiagnostizierung depressiver Erkrankungen bei Männern, die aus ungeeigneten diagnostischen Instrumenten resultiert. Bisherige Klassifikationen nehmen ausschließlich »weibliche«, internalisierende Symptome wie Niedergeschlagenheit, Erschöpfung sowie Resignation in den Blick, die von Männern mit depressiver Erkrankung statistisch seltener berichtet werden. Angenommen wird hingegen die Existenz einer männlichen Depression, die sich durch externalisierende Symptome wie Aggression, Reizbarkeit, Feindseligkeit, Substanz- und Alkoholgebrauch äußert. Diese überdecken die im ICD-10 enthaltenen Kriterien für eine Depression, sodass Symptome bei Männern oftmals einseitig mit Alkoholmissbrauch oder antisozialen Persönlichkeitsstörungen verknüpft werden.

Herausforderungen für eine geschlechtersensible Prävention, Gesundheitsförderung und -versorgung

Entsprechend der Befunde greift eine Definition von Frauen und Männern als homogene Zielgruppen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu kurz. Erforderlich sind zunächst routinemäßige Datenerhebungen, die Gender systematisch einbeziehen. Wichtige Impulse sind von dem Verbundprojekt AdvanceGender zu erwarten, das Ansätze der

Intersektionalität nutzt, um sie für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung nutzbar zu machen, die weder die Vorstellung einer biologischen Zweigeschlechtlichkeit reproduziert, noch blind ist für andere sozioökonomische Einflüsse wie Bildung und Migration.

Für die Psychodiagnostik sind Instrumente erforderlich, die nicht nur auf Frauen fokussieren, sondern Symptome einer männlichen Depression abzubilden vermögen. Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung sind darüber hinaus so auszurichten, dass sie auch Männer mit traditionellem Rollenverständnis ansprechen. Denkbar sind von »Peers« geleitete Männergruppen, die einen Austausch über Belastungen in vertrautem Rahmen ermöglichen, um den Widerspruch zwischen männlichem Rollenbild sowie Gesundheitsfürsorge zu hinterfragen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. TOBIAS STAIGER, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Fakultät Sozialwesen, Schramberger Straße 26, 78054 Villingen-Schwenningen, E-Mail: tobias.staiger@dhw-vs.de

PETER PAULUS

Psychische Gesundheit in Bildungssettings stärken

Die Bedeutung der psychischen Gesundheit und deren Förderung in Bildungssettings wie Kita, Schule und Hochschule wird zunehmend erkannt. Sie wird nicht mehr nur als Ergebnis der Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung betrachtet, sondern vermehrt auch als Input- und Prozessfaktor, der die Bildungseinrichtung als System in allen Dimensionen ihrer Organisation beeinflusst.

Beispiel Schule: Mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln

Im Schulbereich bildet etwa das Qualitätsverständnis von guten Schulen, für das alle Bundesländer Vorstellungen und Handreichungen entwickelt haben, den Bezugspunkt. Mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln ist dann die für Planung, Durchführung und Evaluation der Qualitätsentwicklung im Schulbereich handlungsleitende Maxime. Das Konzept der guten gesunden Schule bildet dazu den Rahmen. Damit wird eine Perspektive eröffnet, die viel weitreichender ist als die Fokussierung auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit der Schüler*innen durch pädagogische Interventionen im Unterricht. Jetzt sind auch die übrigen Mitglieder der Schule (Lehrkräfte, Schulleitung, nicht-unterrichtendes Personal) miteinbezogen, ebenso die Strukturen und Prozesse der Schule als soziales und architektonisch gestaltetes System. Wie kann das Schulklima psychisch gesund gestaltet werden, die Schulkultur, das Schulprogramm? Wie sieht eine Aus-, Fort- und Weiterbildung für Lehrkräfte aus, die psychisch gesund gestaltet ist, egal welche Thematiken inhaltlich auf der Agenda stehen? Ist es Deutsch, Englisch, Mathematik, ist es die medienpädagogische Bildung als Gegenstand des Unterrichts – immer geht es in dieser Perspektive darum, Gesundheitsinterventionen zu berücksichtigen, die die pädagogischen Prozesse und Strukturen in der gewünschten Richtung verändern.

Schutzfaktoren psychischer Gesundheit als Ressourcen der Bildung wahrnehmen

Das Land Baden-Württemberg hat dazu, ausgehend von ihrem Landesprogramm »Stark, stärker, WIR«, zum Beispiel eine Leitperspektive »Prävention und Gesundheitsförderung« für Schulen entwickelt, in der »Selbstwirksamkeit« als Schutzfaktor der psychischen Gesundheit in allen Schulformen und Fächern als didaktisch-methodisches Element pädagogischer Handlungskompetenz eingeführt wird, Lehrkräfte dafür qualifiziert werden und Unterstützung durch Präventionsbeauftragte erhalten. Im Bereich des Schulklimas und der Schulkultur ist beispielsweise das schulbasierte Gesundheitsförderungsprogramm »MindMatters« eine wirksame Strategie, um ein Klima des Vertrauens, der Fürsorglichkeit und der Verbundenheit mit der Schule für die Schüler*innen im Primar- und Sekundarbereich zu erreichen, das Unterrichten und Lernen positiv beeinflussen kann. Die Förderung der Gesundheit des Lehrpersonals wird dort ebenso thematisiert wie die gesundheitsbezogene Zusammenarbeit mit der Elternschaft. Diese und andere Projekte oder Programme nicht nur in den schulischen Bildungssettings stützen sich auf Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit, wie sie zum Beispiel in verschiedenen Theorien, Modellen und Konzeptionen thematisiert werden, so auf die eben erwähnte »Selbstwirksamkeit« oder auf andere wie Autonomie, Bezogenheit, Resilienz oder das Kohärenzgefühl. Diese Ressourcen sind Determinanten der psychischen Gesundheit. Sie unterstützen sowohl die Lernenden als auch die pädagogisch Tätigen zum einen darin, die gesellschaftlichen Heraus- und Anforderungen produktiv zu meistern und sich damit in ihren Lebenskontexten und -welten psychisch gesund zu erhalten, und zugleich auch darin, sich mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Aspirationen zu verwirklichen. Beide Prozesse bilden zusammen genommen eine dynamisch sich andauernd verändernde und entwickelnde integrierte psychische Gesundheit. Diese hier kurz skizzierte psychische Gesundheit ist nicht nur im Bildungssetting Schule zunehmend in eine Imbalance geraten und nicht mehr bei allen den dort Beteiligten gleichermaßen vorauszusetzen.

Bildungsbezogene Förderung der psychischen Gesundheit ist notwendig

Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern in Einrichtungen der frühkindlichen Bildung und von Schüler*innen zeigen eine Vielzahl psychischer Symptome und Störungsbilder, deren unmittelbarer Bezug zum Lernen und zur Bildung offensichtlich ist (emotionale Probleme, Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Verhaltensauffälligkeiten und Mangel an prosozialem Verhalten). Aufseiten der Lehrkräfte und beim Personal im Bereich der frühen Bildung sind auch vermehrt Belastungen der psychischen Gesundheit erfasst und Beanspruchung bei einer Vielzahl von ihnen zum Beispiel als Erschöpfungssyndrome ermittelt worden. Für den Hochschulbereich sind bei den Studierenden ebenfalls psychische Belastungen gut dokumentiert, weniger für die dort Lehrenden und das Verwaltungspersonal. Die Frage, wie sich die notwendige Förderung der psychischen Gesundheit mit den Bildungszielen der Einrichtungen in der Praxis systematisch verknüpfen lässt, beantworten neben vereinzelt publizierten Handlungsanleitungen zum Projektmanagement bislang nur die Fachkonzepte »Mit Gesundheit gute Schule entwickeln« und »Gute gesunde Kita« der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Für den Hoch-



schulbereich sehen die sich gerade in Überarbeitung befindlichen Gütekriterien einer gesundheitsfördernden Hochschule von 2012, die Integration des Themas Gesundheit in die Hochschulpolitik wie auch deren Umsetzung als Querschnittsaufgabe als Qualitätskennzeichen vor. Eine solche Verknüpfung von Bildung und psychischer Gesundheit nicht nur mitzudenken, sondern auch in dann komplexeren Praxisprojekten in einem integrierten Gesundheitsmanagement systematisch umzusetzen und damit nachhaltig wirksame Interventionen einzuleiten, bleibt für die Bildungssettings insgesamt noch eine zu bewältigende Aufgabe. Sie wird durch das Präventionsgesetz in seiner Ausrichtung auf die Lebenswelten des Lernens und Studierens unterstützt. Die Schulsettings haben hier eine Vorreiterrolle eingenommen. In einigen Bundesländern ist die gute gesunde Schule als ganzheitlicher Setting-basierter Ansatz bereits als Landesprogramm etabliert.

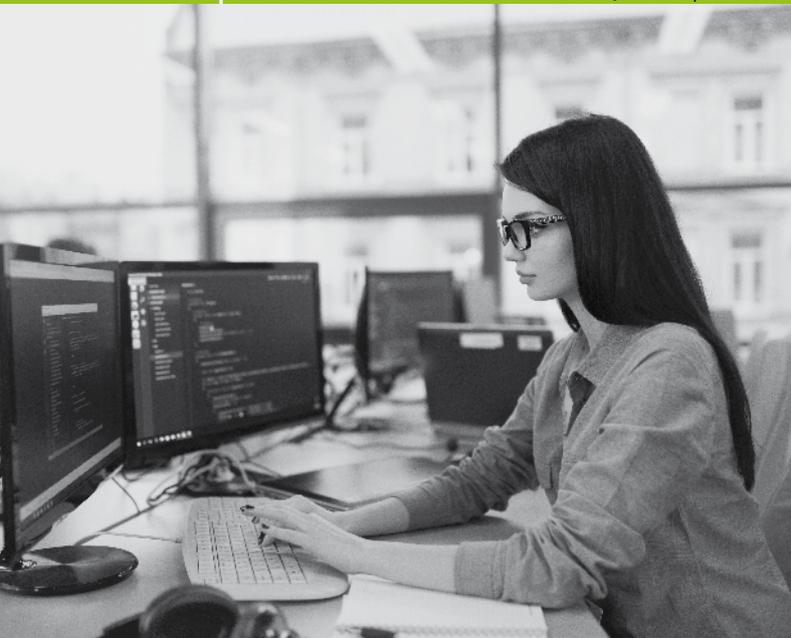
Literatur beim Verfasser

PROF. DR. PETER PAULUS, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Leuphana Universität Lüneburg, E-Mail: paulus@leuphana.de

NICO DRAGANO

Aspekte psychischer Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt

Technologien prägen die Arbeitswelt seit jeher. Die Geschwindigkeit, mit der sich digitale Technologien entwickeln und in immer mehr Arbeitsbereichen angewendet werden, ist aber außergewöhnlich. Berufe, in denen nicht in irgendeiner Form digitale Arbeitsmittel verwendet werden, sind mittlerweile eine Rarität und mehr als die Hälfte der Beschäftigten in Deutschland gibt an, dass ihre Arbeit hochgradig digitalisiert ist. Die dabei eingesetzten Technologien reichen von Standards, wie etwa der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), bis zu komplexen cyber-physischen Systemen in der automatisierten Produktion. Nicht nur die Technologie selbst entwickelt sich rasant weiter, ihre Anwendung zieht zudem Veränderungen von Tätigkeiten, Arbeitsorganisation sowie des Kommunikations- und Sozialverhaltens nach sich.



Stress in der digitalen Arbeit

All diese Faktoren können potenziell eine Quelle psychischer Belastungen darstellen. Deshalb gewinnt die Erforschung der unmittelbaren Reaktionen auf digitale Technik sowie der indirekten Folgen, die sich über die genannten Veränderungen der Arbeitsbedingungen vermitteln, hohe Priorität. Dieser Beitrag fasst den Forschungsstand zu möglichen – negativen und positiven – Folgen des digitalen Wandels für die mentale Gesundheit im Betrieb zusammen. Zudem werden Möglichkeiten angesprochen, digitale Arbeit gesundheitsförderlich zu gestalten und digitale Technologien gezielt für Prävention im Betrieb zu nutzen. In der Arbeitsbelastungsforschung wurde bereits 1984 vom Psychologen Craig Brod der Begriff des »Technostress« eingeführt, mit dem er eine psychische Reaktion bezeichnete, die durch einen dysfunktionalen Umgang mit Technologie ausgelöst wird. Diese ursprüngliche Definition ist mittlerweile konkretisiert worden und folgende Liste fasst einige der aktuell in diesem Zusammenhang diskutierten Aspekte bzw. Hypothesen zusammen:

- » **techno-overload:** Erhöhung der Arbeitslast durch digitale Technologien
- » **techno-complexity:** Überforderung durch komplexe Systeme oder Kommunikationsvorgänge
- » **techno-unreliability:** Belastungen durch unzuverlässige Technologie
- » **techno-invasion:** Entgrenzung der Arbeit als Folge der Nutzung mobiler IKT
- » **techno-insecurity:** Angst, durch Technik ersetzt zu werden
- » **Überwachungstechnik:** Autonomieverluste durch technische Überwachung
- » **techno-uncertainty:** allgemeine Unsicherheit durch chronischen technologischen Wandel
- » **Mensch-Maschine-Interaktion:** psychische Belastungen, die bei der Zusammenarbeit mit intelligenten Maschinen (zum Beispiel Robotern) auftreten

Zu verschiedenen Punkten liegen mittlerweile Studien vor, die die vermutete Belastung belegen. So deutet vieles darauf hin, dass digitale Technologien Arbeitsverdichtung, Multitasking und Komplexität befördern, zum Beispiel indem E-Mail oder Social-Media-Anwendungen immer mehr und immer komplexere Interaktionen ermöglichen. Auch ließ sich in Ex-

perimenten zeigen, dass technische Fehler Stressreaktionen auslösen können. Andere Bereiche sind hingegen noch kaum empirisch untersucht, sodass ein Urteil schwierig ist. Dazu zählen etwa die Folgen der Mensch-Maschine-Interaktion oder der Überwachung durch Technologie.

Ebenso wichtig wie die Identifikation negativer Folgen ist aber, dass in verschiedenen Studien zugleich auch positive Effekte gefunden wurden. Ein Beispiel ist die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Bei manchen Beschäftigten führt die ständige Verfügbarkeit durch mobile IKT tatsächlich zu Entgrenzung zwischen Arbeit und Privatleben, verbunden mit entsprechenden Belastungen. Andere Beschäftigte berichten aber im selben Kontext von einer psychischen Entlastung durch mehr Flexibilität bei der Arbeitsplanung.

Digitale Arbeit gesund gestalten

Auf Basis der bisherigen Befunde gibt es verschiedene Ansätze der Prävention. Erstens ist Technologie so zu gestalten, dass direkte Belastungen minimiert werden. Hierbei kommt der Software-Ergonomie eine entscheidende Bedeutung zu, da bestenfalls schon bei der Entwicklung von Programmen darauf geachtet wird, Bedienbarkeit und Anwenderfreundlichkeit zu maximieren und gleichzeitig die Fehleranfälligkeit zu minimieren. Die Berücksichtigung möglicher Belastungen spielt aber häufig eine nur marginale Rolle bei der Entwicklung von Hard- und Software, sodass hier großes Potenzial für Verbesserung besteht.

Der zweite Ansatz kann als »digitales Gesundheitsmanagement« bezeichnet werden. Dieser bedeutet, dass Technologien so in die sozialen Arbeitssysteme eingebettet werden, dass Belastungen durch Ressourcen abgefedert werden. Tarafdar und Kollegen sprechen in diesem Zusammenhang von »situativen Variablen«, welche die Effekte von Technologie modifizieren. Beispiele sind adäquate Weiterbildung, ein funktionierender IT-Support, Partizipation bei der Einführung neuer Technologien oder explizite Regeln im Umgang mit Technologie. So konnte etwa gezeigt werden, dass Regeln beziehungsweise Hilfestellungen zum Umgang mit E-Mails, etwa die Festlegung von Zeitspannen, in denen E-Mails beantwortet werden müssen, Belastungen reduzieren können. Technik kann zudem direkt in der Prävention eingesetzt werden. Populär sind derzeit vor allem Apps oder web-basierte Programme zur Verhaltensprävention. Zunehmend werden auch komplexere Systeme entwickelt, die umfassendere Aufgaben der Verhältnisprävention digital unterstützen.

Fazit

Digitale Technik ist im Arbeitsalltag vieler Beschäftigter omnipräsent. Die Folgen für die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz sind derzeit nicht voll abzuschätzen. Die bisherige Forschung legt aber nahe, dass es zu psychischen Belastungen kommen kann, etwa durch Arbeitsverdichtung, Fehleranfälligkeit der Systeme oder Entgrenzung von Arbeit und Freizeit. Es gibt aber auch Anzeichen, dass klug eingesetzte Digitalisierung die Arbeitsumgebung positiv beeinflussen kann. Die Aufgabe für die Zukunft ist es also, negative Auswirkungen zu erkennen und zu vermeiden und die Chancen konsequent zu nutzen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. NICO DRAGANO, Institut für Medizinische Soziologie, Centre for Health and Society, Universitätsklinikum Düsseldorf, E-Mail: dragano@med.uni-duesseldorf.de

FLORIAN FISCHER

Digitale Interventionen in der psychosozialen Versorgung

Digitalisierung hat in den vergangenen Jahrzehnten Einzug in die Gesundheitsversorgung erhalten. Für Nutzer*innen gilt dies insbesondere im Kontext der gesundheitsbezogenen Informationsrecherche über das Internet, wodurch Empowerment ermöglicht werden soll. Während in der medizinischen Versorgung zunächst Maßnahmen der Telemedizin – insbesondere des Telemonitorings – vordergründig waren, haben sich vielfältige weitere Einsatzmöglichkeiten entwickelt, sodass mittlerweile die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz im Fokus der Aufmerksamkeit steht. Dies gilt für vielfältige Anwendungsgebiete und verschiedene Gruppen von Nutzer*innen sowie die Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung. Auch in der psychosozialen Versorgung – und hier insbesondere in der Psychotherapie – haben innovative Technologien an Bedeutung gewonnen. Dies lässt sich auf folgende Entwicklungen zurückführen: Durch den technologischen Fortschritt können zugleich günstige und leistungsfähige moderne Kommunikationsmittel eingesetzt werden, an die sich die Gesellschaft bereits gewöhnt hat (»Soziale Medien«). Es besteht eine hohe Nachfrage nach psychosozialer Unterstützung, die durch klassische Angebote nicht in vollem Umfang abgedeckt wird. Da sich psychotherapeutische Methoden in internetbasierte Beratungsangebote übersetzen lassen, scheinen diese eine Möglichkeit darzustellen, um die konventionelle Psychotherapie zu ergänzen. Dieser Eindruck wird durch vielversprechende Wirksamkeitsnachweise positiv verstärkt.

Charakterisierung digitaler Interventionen

Aufgrund der Schnellebigkeit des Forschungsfeldes erweist sich eine klare Begriffsbestimmung digitaler Interventionen als schwierig. Dennoch können diese – gleichbedeutend mit onlinebasierten oder Internet-Interventionen – als vordergründig selbstgesteuerte Interventionsprogramme verstanden werden, die einem festgelegten Behandlungsprotokoll folgen, über einen Onlinedienst bereitgestellt und von Endnutzer*innen zur Unterstützung bei gesundheitsbezogenen Problemen verwendet werden. Es lässt sich zwischen verschiedenen Intensitätsstufen der einzelnen Programme unterscheiden: Auf der untersten Stufe befinden sich rein psychoedukative oder informative Internetseiten; auf der zweiten Stufe lassen sich selbstgesteuerte Online-Trainings mit Selbsthilfecharakter finden. Programme auf der höchsten Interventionsstufe zeichnen sich dadurch aus, dass Online-Interventionen durch geschultes Personal per Kontakte über E-Mail oder Telefon flankiert werden. Digitale Interventionen in der psychosozialen Versorgung können entweder als »Stand-alone«-Programm oder als Ergänzung zur klassischen Psychotherapie eingesetzt werden. Letzteres wird inzwischen auch als gemischte Psychotherapie (»blended therapy«) bezeichnet. Ziel dieser Versorgung ist es, die Behandlungsdosis zu steigern sowie die Mitarbeit der Patient*innen und Übertragung des Gelernten in den Alltag zu fördern. Die gemischte Psychotherapie ist auf den Therapieprozess abgestimmt und soll diesen um neue Aspekte erweitern.

Vorteile, Herausforderungen und Risiken

Aufgrund langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz in der Psychotherapie fühlen sich viele Patient*innen mit ihrer Krankheit alleingelassen. Deshalb ist es wichtig, eine Ergänzung neben den vorhandenen Angeboten im Gesundheitswesen anzubieten. Zentrale Potenziale dieser digitalen Coaches zeigen sich in den Vorteilen, die dem Internet allgemein zugeschrieben werden: niedrigschwelliger Zugang, Flexibilität in der Nutzung – unter anderem durch die räumliche und zeitliche Unabhängigkeit –, Interaktivität, Anonymität sowie Individualisierung (»Tailoring«) von Angeboten. Dem stehen die Risiken gegenüber, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen über digitale Interventionen erreicht werden. Das als »Digital Health Divide« bekannte Phänomen umfasst die ungleichen Möglichkeiten im Zugang zu und der Partizipation an digitalen Technologien, die unter anderem aufgrund des Alters, Bildungsstandes oder auch durch gesundheitliche Einschränkungen entstehen können. Die Nutzung digitaler Interventionen setzt ein aktives Hilfesuchverhalten voraus. In der psychosozialen Versorgung kann die Diagnostik oder Unterstützung in Krisensituationen über eine medienvermittelte Intervention aufgrund der räumlichen und emotionalen Distanz jedoch erschwert sein. Zudem besteht das Risiko von Fehlanwendungen und einer hohen Abbruchquote. Digitale Interventionen ersetzen keinesfalls den Kontakt mit Professionellen im Gesundheitswesen, zumal aus dem Behandlungsalltag bekannt ist, dass die Anwendung solcher Programme noch erfolgreicher ist, wenn die behandelnden Instanzen persönlich in die Nutzung eingebunden sind. Überdies sind die Qualität und Evidenzbasierung vieler internetbasierter Informationen fraglich und von den Nutzer*innen häufig nicht beurteilbar. Weitere zentrale Probleme sind die Unübersichtlichkeit des Angebots, Herausforderungen in Bezug auf die Datensicherheit sowie Fragen des Medienzugangs und der Informationsverarbeitung.

Quo vadis?

Die Anwendbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit internetbasierter Behandlungs- beziehungsweise Beratungsangebote konnte für ein breites Störungsspektrum (unter anderem Depressionen sowie Angst- und Panikstörungen) in randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen und in Metaanalysen zusammengefasst werden. Eine umfangreiche Metaanalyse zur Wirksamkeit internetbasierter Psychotherapien zeigte auf, dass der erzielte Effekt annähernd mit dem einer Face-to-Face-Psychotherapie vergleichbar ist. Insgesamt weist die gegenwärtige Forschungslage auf das große Potenzial digitaler Interventionen in der psychosozialen Versorgung hin. Es bedarf jedoch weiterer Forschung, um die Zusammenhänge der Wirksamkeit etwaiger digitaler Interventionen mit den individuellen Merkmalen der Betroffenen (Persönlichkeit, Therapiemotivation, Erfolgserwartungen) aufzuzeigen.

Literatur beim Verfasser

DR. FLORIAN FISCHER, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 100 131, 33501 Bielefeld, E-Mail: f.fischer@uni-bielefeld.de

ANDREAS HEINZ, LAURA DAEDELOW

Psychische Gesundheit im Kontext des ICD-11: Pathologisierung oder klinische Notwendigkeit?

Als der DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage) veröffentlicht wurde, äußerte der Psychiater A. Frances eine einflussreiche Kritik. Moniert wurde beispielsweise, dass nun eine Depression bereits zwei Wochen und nicht erst sechs Monate nach einem Trauerfall diagnostiziert werden könne. Damit werde Trauer pathologisiert. Es gab die berechtigte Sorge, dass Menschen bereits zwei Wochen nach einem Todesfall entweder wieder arbeitsfähig sein müssen oder therapeutischer Hilfe bedürfen. Dabei wurde aber übersehen, dass hier ein hausgemachtes Problem des DSM beseitigt wurde. Nach anderen schweren Lebensereignissen konnte nämlich auch im DSM-IV eine Depression diagnostiziert werden, beim Todesfall eines nahen Angehörigen war das aber nicht der Fall. Wieso aber sollte eine durchaus umweltbedingt ausgelöste Depression nur deshalb nicht vorliegen, weil man zum Beispiel miterleben musste, wie das eigene Kind verunglückt, während dies etwa beim Verlust des Arbeitsplatzes durchaus möglich war? Hausgemacht war dieses Problem also deshalb, weil der DSM anders als der ICD-10 den Verlust eines nahen Angehörigen als auslösende Ereignisse für Depression ausschloss. Statt also auf die Unterscheidung einer Trauerreaktion von einer depressiven Reaktion zu dringen, wurden die Anlässe als krankheitswertig oder nicht klassifiziert. Damit wurde aber schwer depressiven Patient*innen nach Verlust eines nahen Angehörigen über längere Zeit die an die Diagnose gebundene Therapie verweigert, und umgekehrt liefen Menschen mit üblichen Trauerreaktionen Gefahr, dass ihr Erleben als Depression verkannt wurde.

Psychische Einschränkungen und ihr Krankheitswert

Mit der Modernisierung des ICD-10 zum ICD-11 bestanden Befürchtungen, dass »normale« Verhaltensweisen pathologisiert würden. Diese Kritik verkennt aber, dass Normalität im Sinne des statistischen Durchschnitts per se kein Kriterium für einen krankheitswertigen Zustand darstellt. Entscheidend ist nicht, wie häufig eine Beeinträchtigung ist, sondern ob eine krankheitsrelevante Funktionsbeeinträchtigung vorliegt. Welche Funktionen bei ihrer Einschränkung als krankheitswertig gelten, ist im Bereich der psychischen Funktionsfähigkeiten eine Frage des Konsenses. Das menschliche Verhalten ist zu vielfältig, als dass dauerhaft fixe Normen festgeschrieben werden könnten. Generell gibt es die Richtschnur, dass Funktionsfähigkeiten, die für die universelle Lebensfähigkeit aller Menschen notwendig sind, bei ihrer Einschränkung als krankheitswertig gelten. Trotz Vorliegen einer für alle Menschen relevanten Funktionsstörung hat die betroffene Person aber nicht notwendigerweise eine klinisch relevante Erkrankung. Man denke an Personen, die Stimmen hören, ohne sich von diesen belästigt zu fühlen. Aus ärztlicher Sicht ist die Einschränkung der Wahrnehmungsfähigkeit (Stimmen von außen versus halluziniert) generell von lebensrelevanter Bedeutung. Für das Individuum schädlich ist dies nur, wenn es entweder darunter leidet oder in seiner sozialen Teilhabe massiv eingeschränkt ist. Im ICD-11 finden hier in der Sektion psychischer Erkrankungen keine wesentlichen Veränderungen

statt, im DSM-5 wurde der Bezug zwischen den individuell schädlichen Auswirkungen einer beeinträchtigten Funktionsfähigkeit sowie der Krankheitsrelevanz des Zustands jedoch gelockert. Galt noch im DSM-IV, dass eine krankheitsrelevant beeinträchtigte Funktionsfähigkeit mit einem Nachteil für das betroffene Individuum verbunden sein muss, reiht der DSM-5 Funktionsfähigkeiten und deren individuellen Auswirkungen nebeneinander auf.

Differenzierung nach subjektivem Erleben der Person

Führt die Modernisierung des ICD-11 nun zu einer weiterführenden Pathologisierung üblicher menschlicher Verhaltensweisen, die für die Betroffenen nur dann von Nachteil sind, wenn man repressive Reaktionen der Umwelt gegenüber üblichen menschlichen Verhaltensweisen einbezieht? Soweit bisher bekannt, ist das nicht der Fall. So ist beispielsweise der Umgang mit relativ harmlosen Genussmitteln wie Kaffee im ICD-11 sogar weniger pathologisierend als im ICD-10. An einer Stelle sind die Änderungen im ICD-11 allerdings für die betroffenen Patient*innen gefährlich: Bei Leitsymptomen schizophrener Erkrankungen wird auf die detaillierte Beschreibung komplexer akustischer Halluzinationen, eingegebener Gedanken und Wahnwahrnehmungen verzichtet. Diese differenzierten Symptombeschreibungen verweisen ausdrücklich auf das Erleben der betroffenen Personen und finden sich in der Regel nicht bei hirnganisch bedingten Psychosen, die meist visuelle Halluzinationen aufweisen.

Mangelnde Beteiligung führte zu Fehlern

Im neuen ICD-11 wie im DSM-5 besteht nun leider die Möglichkeit, eine schizophrene Psychose bei Vorliegen jeder Art von Wahnsymptomatik oder Halluzination zu diagnostizieren. Da die Erstdiagnostik psychotischen Erlebens mit Ausschluss von entzündlichen oder anderweitig organisch bedingten Pathomechanismen nicht unter allen ökonomischen Bedingungen weltweit erfolgt, werden bei einer solchen Verschleifung eigentlich trennscharfer Symptome die Betroffenen dem Risiko ausgesetzt, dass eine organische Hirnerkrankung mit entsprechender Behandlungsmöglichkeit übersehen wird. Insgesamt wiederholt der ICD-11 damit Fehler, die auch im DSM-5 passierten. Dies liegt sicher an der engen Verzahnung der Expert*innengruppen, die leider ohne Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen und oft ohne vertiefte Konsultationen der nationalen Fachgesellschaften etabliert wurden.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. DR. ANDREAS HEINZ, LAURA DAEDELOW, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Berlin, E-Mail: andreas.heinz@charite.de

MICHAEL GROOTHUES

Der religiöse Glaube – eine Ressource für die psychische Gesundheit?

Ist es gesund, zu glauben? Oder gilt das Gegenteil: Zu viel Glaube macht krank?

»Wunder« ist eine beliebte Erzähltradition der Bibel. Eine Frau wird von Jesus geheilt. Es reicht, dass sie ihn kurz berührt. Jesus merkt es und sagt zu ihr: »Dein Glaube hat dich gesund gemacht (Markus 5,34).« Damit steht das Moment ihrer Hoffnung im Fokus. Ihre Offenheit und Erwartung ist auf jemand

anderen gerichtet als sie selbst. Die ihr innewohnende Kraft ist mit ausschlaggebend für ihre Heilung.

Ein weiteres Beispiel ist die Erzählung von Noah und der Arche (1. Mose 6). Mit einem selbst erbauten Schiff rettet Noah die Menschheit vor dem drohenden Untergang und die Tierwelt gleich mit. Von Martin Luther – scheinbar aus ähnlichem Holz geschnitzt – ist der Spruch überliefert: »Wenn ich wüsste, dass morgen die Welt unterginge, würde ich heute noch ein Apfelbäumchen pflanzen.« Beides – die Idee des Reformators wie der jüdische Bau eines Holzbootes – ist gleichermaßen unlogisch, um eine drohende Katastrophe abzuwenden. Doch es sind verblüffende Narrative von Offenheit und Optimismus. Religion und Glaube dringen jenseits von Rationalität und Berechenbarkeit ins Bewusstsein ein. Und sie sind dazu geeignet, den menschlichen Überlebenswillen zu mobilisieren.

Szenenwechsel: die wöchentliche Andacht in einem heutigen Altenpflegeheim. Etliche Bewohner*innen haben sich eingefunden, einige werden mit Rollstühlen gebracht. Darunter auch eine ältere Dame mit starker Demenz. Normalerweise redet sie nicht und ihr Geist scheint abwesend. Doch als ein Kirchenlied erklingt, singt sie mit. Sowohl im Text als auch bei der Melodie und im Rhythmus ist sie voll dabei. Sogar Textsicherheit – wie ist das möglich? Sie kennt das Lied von früher. Die religiöse Ressource – damals mit viel Mühe und Geduld erlernt – dient ihr jetzt als vertraute Straße für ihre Seele. Für ein paar Momente erwacht sie. Die Augen strahlen, die Gesichtszüge entspannen sich. Die Andacht wirkt belebend. Sogar einige Zeit später ist sie noch besser ansprechbar.

Ressourcen – das psychische Lernen

Psychisches Lernen heißt Erlebtes aufnehmen und verarbeiten, um für die Zukunft optimale Vorschläge für das Verhalten anzubieten. Dieses muss keineswegs immer logisch und rational sein. Vielmehr braucht es ein eigenes und belastbares inneres System. Ähnlich einem Bücherregal, in das sich neue Ereignisse einfügen lassen. Religion und Glaube enthalten Ressourcen für das psychische Lernen. Ressourcen, die bei der Verarbeitung des Gelernten, bei der spontanen wie permanenten Stressbewältigung sowie bei der Mobilisierung von inneren und äußeren Unterstützungssystemen helfen können.

1. Inneres religiöses System

Glaubende Menschen verfügen über Narrative von Vertrauen und Geborgenheit. Diese können bei Bedarf aktiviert werden. Schon früh existiert eine innere göttliche »Parallelwelt«, in die auch unlösbare Fragen und Problemstellungen temporär abgelegt werden können. Auch schwer zu verarbeitende Sinn- und Existenzfragen wie der Tod eines Kindes, eine Krankheit, die Behinderung, der Verlust eines Menschen können thematisch dorthin verlegt werden. Sie verbleiben solange »bei Gott«, bis ihre Schärfe verblasst ist. Ein weiteres »Outsourcen« an äußere religiöse Institutionen ist jederzeit möglich.

2. Selbstvergewisserung und Konfliktbewältigung

Gläubige Menschen nutzen Zuspruch- und Aufmunterungsworte. Der Segen in einem Gottesdienst, die Segenshandlung anlässlich eines Rituals bei Taufe und Trauung. Die »Stille Zeit« am Morgen zu Tagesbeginn. Auch gibt es Vorbilder für den Umgang mit erfahrener und/oder verursachter Schuld. Mechanismen wie das Beichtgespräch und die Vergebungszusage vermitteln das Gefühl von Befreiung und Neubeginn. Für den Umgang mit Krankheit, Tod und Sterben hält die Glaubensgemeinschaft stützende Rituale bereit.



3. Techniken zur Beruhigung und Stimmungsaufhellung

Glaubende aller Religionen verfügen über Techniken der eigenen und gemeinsamen Beruhigung wie auch der Stimmungsaufhellung. Das persönliche Gebet im Stillen oder die Meditation. Auf der anderen Seite die rhythmischen Klänge eines Gospel-Gottesdienstes mit stimmungsvollen Gesängen bis zu Ausgelassenheit und Ekstase.

4. Gemeinschaftserlebnis

Religiöse Menschen erfahren soziale Zugehörigkeit und Vergewisserung in einer klar definierten Gruppe mit eigenen Rollen- und Wertvorstellungen. Diese können eher locker, nahezu unverbindlich sein, aber auch eng und kontrollierend. Das Gruppenmitglied genießt individuelle Wertschätzung und entdeckt seine soziale Kompetenz. Es macht die Erfahrung, liebenswert zu sein und auch Nächstenliebe zu geben. Die Gruppe kann nicht selten fehlende Erfahrungen in Kindheit und Familie kompensieren. Im Idealfall strahlt sie Wärme und Zuwendung aus, im negativen Fall fordert sie aber auch Unterordnung und Selbstaufgabe.

5. Religiöse Räume und Zeiten

Religiöse Menschen kennen und nutzen Gotteshäuser als Ruheorte im Getriebe des Alltags. Hier können sie sich zurückziehen, abschalten und neue Kraft tanken. Sie wissen um die Zeiten für Erbauung und Einkehr. Auch liegen die Adressen für den Notfall bereit: der Pfarrer oder die Pfarrerin als Ansprechpartner*in, eine bekannte Vertrauensperson der Gemeinde oder überregionale Anlauf- und Beratungsstellen.

»Not lehrt Beten«, sagt der Volksmund. Damit empfiehlt er den Glauben besonders für Krisensituationen. Einen hilfreichen Beitrag zur psychischen Gesundheit wird der Glaube am ehesten dann leisten, wenn er eingeübt wurde. Immer dann, wenn ein bewährtes inneres und äußeres System zur Verfügung steht, das seine Tragfähigkeit unter Beweis stellen und Sicherheit sowie innere Ruhe erzeugen kann.

Literatur beim Verfasser

MICHAEL GROOTHUES, Wynham Nord 4, 26831 Bunde,
E-Mail: Michael.Groothues@reformiert.de



KNEGINJA RICHTER

Psychologische Bedeutung des Schlafes

Genau wie die Nahrungsaufnahme ist der Schlaf ein angeborenes und instinktives Bedürfnis aller Menschen. Wegen des Glaubens, dass Schlaf ein passiver und nutzloser Zustand des menschlichen Wesens darstellt, wurde der körperliche und psychische Gesundheitszustand der Menschen lange Zeit ausschließlich anhand der Funktionen, die im wachen Zustand stattgefunden haben, beurteilt. Der Beginn der Schlafmedizin war durch die Entdeckung des EEG durch den deutschen Arzt Professor Hans Berger im Jahr 1930 gekennzeichnet. Mit der Elektroenzephalografie gab es erste Blicke auf die Gehirnaktivität, die nicht nur tagsüber, sondern auch während des Schlafes stattfindet.

Die Polysomnografie lieferte eine ausführliche Analyse weiterer Körpersignale im Schlaf wie Atmung, Elektrokardiogramm (EKG), Elektrookulografie (EOG), Elektromyografie (EMG), Körperlage, Atemfluss sowie Sauerstoffsättigung. Die erste Schlafklinik in Berlin, in der Schlaftherapie bei Patient*innen mit psychischen und psychosomatischen Störungen Anwendung fand, wurde ab 1968 in ein Herzkreislauf-Forschungsinstitut umgewandelt. In den Achtzigerjahren erarbeitete man interdisziplinäre Ansätze, die bis heute das Bild der Schlafmedizin in Deutschland prägen.

Chronobiologie

Chronobiologie ist die Wissenschaft, die sich mit dem Rhythmus des Lebens beschäftigt. Die physiologischen Vorgänge des menschlichen Körpers orientieren sich an dem circadianen 24-stündigen Zyklus der Natur. Der wichtigste Zyklus ist dabei unser Schlaf-Wach-Zyklus, der durch zwei miteinander verbundene, rhythmische Vorgänge gesteuert wird: zum einen durch den endogenen oder biologischen Rhythmus und zum anderen durch die exogenen Zeitgeber. Sowohl physische und psychische Aktivitäten als auch die Freisetzung von Hormonen und Neurotransmittern unterliegen den circadianen Schwankungen. Dabei sind die Körperkerntemperatur und die Freisetzung von Kortison die wichtigsten Biomarker des circadianen Rhythmus. Für die Regelmäßigkeit des circadianen Rhythmus sorgen

mehrere Zeitgeber wie Licht, Nahrungsaufnahme, körperliche und geistige Aktivität sowie Freisetzung von Melatonin in der Epiphyse. Erste bahnbrechende Untersuchungen im Bereich der Chronobiologie führte der deutsche Wissenschaftler Professor Aschoff in einem Bunker bei München in den Sechzigerjahren durch. Mehrere Hundert Studierende haben sich dabei freiwillig, ohne jegliche Hinweise auf die Zeit (keine Zeitung, kein Radio/TV, kein Kontakt zur äußeren Welt) monatelang in einem Bunker aufgehalten. So konnte der endogene circadiane Rhythmus der Menschen unabhängig von den Zeitgebern untersucht werden. Abweichungen vom biologischen und physiologischen Rhythmus führen zu einer Desynchronisierung rhythmischer körperliche Prozesse mit zahlreichen Konsequenzen für die psychische und körperliche Gesundheit. Das beste Beispiel für eine fehlende Synchronisation zwischen dem endogenen und exogenen Rhythmus ist das Schichtarbeiter-Syndrom mit ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen zu den Schlafzeiten und Müdigkeit während der aktiven Phase. Gesundheitliche Konsequenzen des gestörten Rhythmus können gastro-intestinale, kardio-vaskuläre, endokrinologische Erkrankungen sowie Störungen der Reproduktion sein. Müdigkeitsbedingtes Einschlafen am Arbeitsplatz ist mit zahlreichen Verkehrs- und Arbeitsunfällen verbunden und verursacht somit relevante menschliche und ökonomische Verluste. Ein trauriges Beispiel ist der Atomkraftwerkunfall von Tschernobyl, der in den frühmorgendlichen Stunden während der Nachtschicht stattgefunden hatte.

Insomnie

Die häufigste Schlafstörung ist Insomnie, die bei zehn bis 20 Prozent der allgemeinen Bevölkerung auftritt. Die typischen Symptome einer Insomnie sind lange Einschlafzeiten, häufiges Erwachen nach dem Einschlafen, frühmorgendliches Erwachen sowie Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit in Form von Müdigkeit, Erschöpfung und Fokussierung auf den eigenen Schlaf. Die Konsequenzen der nicht behandelten Insomnie können schwerwiegende Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit haben. Dauert die Insomnie lang, so kann sich daraus eine klinische Depression bis hin zu Suizidgedanken entwickeln. Insomnie ist häufig Vorbote auch von anderen psychiatrischen Erkrankungen wie etwa Demenz oder Schizophrenie. Eine Insomnie lässt sich mittels einer kurzzeitigen kognitiven Verhaltenstherapie (KVT-I) behandeln.

Die Grundsätze der KVT-I sind eine ausführliche Schlafedukation sowie Maßnahmen, die das Ziel haben, das Gedankenkreisen beim Einschlafen zu vermindern. Dazu eignen sich die kognitive Umstrukturierung, Entspannungstechniken sowie Visualisierung. Ein weiterer Baustein der Therapie ist die Schlafkompression oder Schlafrestriktion, die das Ziel hat, die Bettliegezeiten zu verringern. Menschen, die an einer Insomnie leiden, neigen häufig dazu, ihre Bettliegezeiten in der Hoffnung, mehr Schlaf zu bekommen, zu verlängern. Werden jedoch die Bettliegezeiten konsequent verkürzt, entsteht ein höherer Schlafdruck, sodass Einschlafen und Durchschlafen besser gelingen. Weil aber die Anzahl der spezialisierten Schlafambulanz, die dieses Verfahren anbieten, sehr gering ist, werden in der nahen Zukunft internetbasierte Therapien angeboten. Ein Beispiel dafür ist die Online-Schlafberatung für Beschäftigte im Schichtdienst, die in Kooperation zwischen dem Institut für E-Beratung der Technischen Hochschule Nürnberg und der Schlafambulanz an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie umgesetzt wird.

Chronobiologie und Schlafmedizin sind eng miteinander verbunden

Nach der Insomnie ist die Schlafapnoe die zweithäufigste Schlafstörung, die durch nächtliche Apnoen (Aussetzen des Atmens), verbunden mit einer Senkung der Sauerstoffsättigung auftritt. Hauptsymptome der Schlafapnoe sind Tages schläfrigkeit, Müdigkeit, depressive Stimmung, Libidominde rung sowie Konzentrationsstörungen. Depression stellt eine häufige komorbide Erkrankung bei Schlafapnoe dar und tritt bei circa einem Viertel der Betroffenen auf. Schlafstörungen sind häufig und treten bei vielen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen auf. Schlaf ist ein essenzieller Bedarf des Menschen und notwendig für die körperliche und psychische Gesundheit. Eine differenzierte Schlafanamnese sollte fester Bestandteil der psychiatrischen psychosomatischen Anamnese sein.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. KNEGINJA RICHTER, Leiterin der Schlafsprechstunde der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Schlafmedizin und des Labors für Neurostimulation und Chronobiologie, Migrationsreferentin am Klinikum Nürnberg, E-Mail: kneginja.richter@klinikum-nuernberg.de

SONIA LIPPKE, FRANZISKA KELLER, CHRISTINA DERKSEN

Einsamkeit im Kontext der psychischen Gesundheit

»Wie oft fühlen Sie sich unglücklich, allein zu sein?«

»Wie oft fühlen Sie sich so, als würde Sie niemand richtig verstehen?«

»Wie oft haben Sie sich einsam gefühlt?«

Fast jeder Mensch kennt diese Gefühle, aber wer darunter leidet und auf diese Frage antwortet, dass dies »beinahe jeden Tag« der Fall ist, der/die wird als einsam verstanden. Einsamkeit ist ein subjektives Gefühl, das einen Leidensdruck beinhaltet. Es geht bei diesem Gefühl nicht um die Anzahl an Personen, mit denen man bekannt oder befreundet ist (»soziales Netzwerk«), sondern ob man sich verstanden und verbunden fühlt. Alleinsein hingegen ist etwas anderes: Alleinsein kann heilsam sein und gezielt gesucht werden, auch um Kraft zu schöpfen oder Kreativität freizusetzen. Wer sich dagegen einsam fühlt und darunter leidet, der wünscht sich vertraute Menschen. Oder es besteht der Wunsch, dass die Kommunikation mit Mitmenschen mit mehr Austausch und Verbundenheit verläuft.

Die aktuelle wissenschaftliche Datenlage liefert uns für die Annahme, dass Einsamkeit zunimmt, keine Grundlage. Jedoch lässt sich ein zunehmendes Bewusstsein beziehungsweise eine Bereitschaft in der Bevölkerung beobachten, darüber zu sprechen und das Thema zu enttabuisieren. Auch die Politik sucht zunehmend nach Möglichkeiten, die öffentliche Gesundheit zu verbessern und Einsamkeit besser zu verstehen. Dazu kommen Veränderungen im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel: Es gibt zunehmend mehr ältere Menschen in der Bevölkerung. Wohnformen verändern sich und die Digitalisierung nimmt Einfluss auf die Kommunikation. All das kann auch darauf einwirken, dass Einsamkeit mehr ins Bewusstsein der Menschen gerät.



Geschlechtsunterschiede und Veränderungen über die Lebensspanne?

Frauen fühlen sich tendenziell eher einsam, aber sicher zeigt sich das nur, wenn Menschen in Partnerschaft betrachtet werden. Werden Singles befragt, dann gibt es kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Einsamkeit betrifft nicht nur Senior*innen, sondern auch jüngere Menschen. Über die Lebensspanne sind mit Daten aus Deutschland von Luhmann und Hawkey (2016) drei typische Lebensphasen gefunden worden, in denen die Wahrscheinlichkeit, von Einsamkeit betroffen zu sein, steigt. Bei Jüngeren ist das die Phase, wenn sie nach der Schule für eine Ausbildung oder ein Studium ihre vertraute Umgebung verlassen. Ist alles fremd und anders, fällt es schwer, neue Freunde und Vertraute zu finden. Bei Menschen Mitte 40 beginnt ein neuer Lebensabschnitt, sobald die Kinder aus dem Haus sind. Das bisherige Leben und die Partnerschaft verändern sich, die eigenen Bedürfnisse und neuen Herausforderungen werden spürbar. Bei Menschen über 80 Jahren werden soziale Kontakte häufig aufgrund von eingeschränkter Mobilität weniger und altersbedingt versterben gleichaltrige Bekannte.

(Psychische) Gesundheit und Einsamkeit

Wichtig ist, zu verstehen, dass es sich bei Einsamkeit nicht um eine Krankheit handelt. Forschungen zu den biologischen Grundlagen deuten darauf hin, dass viele Gene, die für die Entwicklung der Einsamkeit verantwortlich sind, auch zur Entwicklung von Schüchternheit beitragen. Diese Gene scheinen aber nicht für die Entwicklung von Depressionen bedeutsam zu sein. Erstaunlich ist dies, weil nachweislich ein hoher Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Depression besteht. Gene nehmen eher im Zusammenhang mit der Umwelt eines Menschen Einfluss auf die Einsamkeit. Solche Umweltfaktoren sind nahestehende Menschen, Kommunikation aber auch belastende Bedingungen wie Stress oder mangelnde (finanzielle) Ressourcen. Diese sollten daher neben individuellen Faktoren berücksichtigt werden: Insbesondere bei Menschen mit genetischem Risiko kann dadurch der chronischen Einsamkeit entgegengewirkt werden, denn allgemein (abgesehen von den drei oben beschriebenen Schwankungen) scheint die Wahrnehmung der Einsamkeit über die Lebensspanne eher stabil zu sein. Ob sich jemand einsam fühlt und diesen Zustand überwindet, hängt vom Einzelnen, seinem sozialen Umfeld und guten bisherigen und aktuellen Erfahrungen ab.

Was Einsamkeit so gefährlich macht, sind negative Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit sowie die Lebenserwartung. Doch man kann es auch andersherum sehen: Die Einsamkeit kann ein Frühwarnsignal sein, dass die Gesundheit gefährdet ist. Damit bieten sich viele Möglichkeiten, die Gesundheit wiederherzustellen und zu schützen – und das sogar noch, bevor es wirklich sichtbar ist, dass sie beeinträchtigt ist. Bei Menschen, deren Gesundheit schon belastet ist, kann die Überwindung der Einsamkeit durch bessere Kommunikation dazu beitragen, dass die Genesung in Gang gesetzt und verbessert wird.

Wege aus der Einsamkeit und aktuelle Forschung zum Thema

Es existieren verschiedene Initiativen für Wege aus der Einsamkeit. Zahlreiche davon sind sehr gute Beispiele, wie Mehrgenerationenhäuser, Sportvereine, Begegnungsstätten sowie entsprechende politische Maßnahmen. Auch wenn schon viel zu Einsamkeit bekannt ist, finden stets neue Projekte zu diesem Thema ihre Berechtigung. Der Lehrstuhl Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin an der Jacobs University Bremen möchte die Sicht der Bevölkerung zu Einsamkeit im Gesundheitswesen besser kennenlernen und lädt Interessierte zur Teilnahme an einer Umfrage ein. Die Befragung zum Thema Einsamkeit und Kommunikation im Gesundheitswesen richtet sich insbesondere an alle Personen, die bereits einmal als Patient*in oder auch als Begleitperson im Krankenhaus waren oder in einem bestehenden oder ehemaligen Arbeitsverhältnis sind. Die Erhebung findet im Rahmen eines vom Innovationsfond geförderten Forschungsvorhabens statt.

Für Mitarbeitende im Krankenhaus geht es über folgenden Link zu der Umfrage: www.unipark.de/uc/Lippke/95b9/
Für Personen, die schon einmal Patient*innen waren oder Angehörige/Bekannte begleitet haben, ist die Umfrage über folgenden Link zu erreichen: www.unipark.de/uc/Lippke/15d7/

Literatur bei den Verfasser*innen
PROF. DR. SONIA LIPPKE, FRANZISKA KELLER UND CHRISTINA DERKSEN,
Department of Psychology & Methods / Focus Area Diversity,
Jacobs University Bremen gGmbH,
E-Mail: s.lippke@jacobs-university.de

ANGELIKA HARDENBERG-ORTMANN

Psychische Gesundheit und Prävention bei Menschen mit geistiger Behinderung

Gesund zu sein gilt als die wichtigste Bedingung für Lebensqualität. Gesundheit wird heute entsprechend der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) als ein mehrdimensionales Konzept verstanden, das nicht nur Körper und Psyche, sondern auch die Aktivitäten des Individuums und dessen Teilhabemöglichkeiten und auch Einschränkungen einbezieht. Es wird als dynamisches System betrachtet, in dem jeder Mensch durch krankmachende und gesundheitsfördernde Faktoren angetrieben wird.

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität und soziale Teilhabe für Menschen mit und ohne Behinderung. Menschen mit Behinderungen sind von

psychischen Beeinträchtigungen wesentlich häufiger betroffen als Menschen ohne Behinderung und erkranken an diesen, aufgrund der bestehenden Behinderung, häufiger. Gleichzeitig tragen sie ein höheres Risiko, von Präventionsmaßnahmen ausgeschlossen zu sein, da Barrierefreiheiten und Zugänge fehlen oder nicht genutzt werden. Auch die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist kaum auf die speziellen Belange dieser Zielgruppe ausgerichtet. Die Kommunikation bedarf besonderer Kompetenzen, schließlich sind die Fähigkeiten zur Introspektion, Kommunikation und Interaktion je nach Schweregrad der Behinderung unterschiedlich beeinträchtigt. Damit verschlechtern sich die ohnehin geminderten Chancen auf Teilhabe.

Welche Möglichkeiten der Prävention bestehen?

Partizipation bietet eine gute Grundlage der Prävention. Teilhabe bedeutet, eine Lebenswelt zu schaffen, die die Gestaltung eines für den einzelnen Menschen individuell passenden, gewohnten und somit gelingenden Alltags fördert. Wichtig ist, dass der Mensch mit Einschränkungen »Experte/Expertin seines/ihres Lebens« ist und die eigene Biografie durch das Umfeld gewürdigt und gefördert wird. Als Ergebnis von Partizipation können essenzielle individuelle Bedürfnisse situationsgerechter und besser erfüllt werden. Die Erfüllung von individuellen Bedürfnissen erzeugt positive Emotionen und diese wirken im Gehirn direkt auf die Großhirnrinde. Hierdurch ließ sich auch in wissenschaftlichen Untersuchungen eine positive Wirkung auf das Immunsystem nachweisen.

Menschen mit Einschränkungen sind Menschen, die in ihrem und durch ihren Körper leben wie wir alle. Je nach Einschränkungsgrad kann es zu Kommunikationsproblemen kommen: Tatsächliche und vermutete Bedürfnisse müssen interpretiert werden. Dabei haben die Sichtweisen der Interpretierenden großen Einfluss, wenn Intentionen wahrgenommen oder intuitiv »verstanden« werden wollen. Im Zentrum dabei steht die Beziehung von interagierenden Menschen. Der Fokus ist auf Wohlbefinden und eine gelingende Beziehung ausgerichtet. Die moderne Pflegewissenschaft vertritt die Auffassung, dass in der Begegnung mit dem zu versorgenden Menschen auch die Pflegenden etwas gewinnen und dass nicht nur der Erfolg therapeutischer Bemühungen von Bedeutung ist, sondern dass die aufmerksame Begegnung selbst einen Wert in sich darstellt. Jeder Mensch ist auf soziale Beziehungen angewiesen und gestaltet sie auf der Grundlage der Erfahrungen seines Lebens. Beziehungsgestaltung ist also stets wechselseitig. Die Erfüllung unserer Bedürfnisse führt für viele zu einem Höchstmaß an Zufriedenheit. Durch Befriedigung seiner Bedürfnisse ist jeder Mensch kontinuierlich bemüht, sein Befinden zu verbessern. Der ursprüngliche Auslöser für Probleme, der subjektive Mangel, lässt sich aber oft nicht unmittelbar nachempfinden und hängt vom ganz individuellen Empfinden ab. Dennoch hat es immer wieder wissenschaftlich fundierte Systematisierungsversuche und Thesenbildungen gegeben. Diesem Thema hat sich ein Modellprojekt der Heilpädagogischen Fakultät in Köln und KuBus e.V.[®] mit dem Titel »Teilhabe & Teil-haben« von 2016 bis 2019 gewidmet.

Im Rahmen dieses Projekts wurden folgende Kategorien für teilhabeorientierte Pflege und Betreuung identifiziert:

- » Selbstbestimmung
(in verschiedenen Lebensbereichen)
- » Kommunikation

- » Soziale Bedürfnisse
(Zugehörigkeit, Aufmerksamkeit, Liebe, Zuneigung)
- » Gestaltung und Ausleben der eigenen Identität
(Biografie, Sexualität, Selbstkonzept)
- » Bedürfnis nach Mobilität
- » Entspannung und Erholung
- » Privatheit
- » Konsum und Eigentum
- » Sicherheit
(Schutz, Verlässlichkeit, Vertrauen, Rituale, Struktur)
- » Gesundheit
(Pflegerische und medizinische Versorgung, Schmerzfreiheit)
- » Ausleben von Interessen

Bedürfnisse, Vorlieben und Geschmack sind individuell und typisch für jedes Individuum. Zugleich spiegelt sich darin wider, was ihm ermöglicht, zugänglich gemacht, eröffnet, vermittelt wurde. Die Möglichkeit bestimmter Bedürfnisse hängt von dem ab, was die Umwelt einem Menschen zu geben bereit ist. Menschliche Bedürfnisse sind somit nicht nur sehr individuell, sie können vom Individuum nicht beliebig ausgebildet werden. Es müssen entsprechende Bedingungen vorhanden sein, damit sie ausgebildet werden können. Hier muss Prävention ansetzen. Um das Wissen und die Handlungskompetenz in Fragen der Prävention zu vertiefen und eine Kultur der Achtsamkeit zu stärken, ist eine umfassende Wissensvermittlung aller Beteiligten unabdingbar. Ziel aller Maßnahmen sollte grundsätzlich die Steigerung der Lebensqualität sein. Teilhabe und Partizipation sind hierzu unerlässlich.

Literatur bei der Verfasserin

ANGELIKA HARDENBERG-ORTMANN, Einrichtungsleitung einer Pflegeeinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung,

E-Mail: a.h-ortmann@diakoniewerk-essen.de

HERBERT KUBICEK

Förderung der psychosozialen Gesundheit und sozialer Eingebundenheit älterer Menschen durch Digitalisierung

Von der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Form der Telemedizin mit Videosprechstunden, elektronischen Rezepten und vielfältigen Gesundheits-Apps werden sowohl Kostensenkungen als auch eine Verbesserung der Versorgung gerade auch in den ländlichen Regionen erwartet. Angesichts der wachsenden Zahl älterer Menschen sollten die Angebote auch von diesen genutzt werden können: Mit digitalen Anwendungen könnten sie auch ihre soziale Teilhabe verbessern. Sie können die Kommunikation mit weit entfernt wohnenden Enkeln intensivieren, sich über Aktuelles informieren, ihr Wissen über Vergangenes auffrischen und sich mit der Navigationsfunktion auf ihrem Smartphone in ihrer Umgebung besser zurechtfinden und anderes mehr. Doch diese Chancen nutzt bisher nur ein Teil der älteren Bevölkerung.

Während die Jugend zu fast 100 Prozent digital unterwegs ist, fällt der Anteil der »Onliner« in den höheren Altersgruppen deutlich geringer aus: Bei den 60- bis 65-Jährigen haben rund 30 Prozent noch nie das Internet genutzt, bei den über 80-Jäh-



rigen, die wegen eingeschränkter Mobilität am meisten profitieren könnten, sind es sogar 80 Prozent. Das liegt nicht primär an der lückenhaften Breitbandversorgung, sondern ist ein Motivations- und Vertrauensproblem.

Kursangebote genügen nicht

Mit Smartphone- und Tabletkursen für Senior*innen wird nur jener Teil der älteren »Offliner« erreicht, der über ein entsprechendes Gerät und einen Internetzugang verfügt und genügend Selbstvertrauen hat, einen solchen Kurs aufzusuchen und danach das Internet selbst zu nutzen. Das ist mit zunehmendem Alter immer weniger der Fall. Den einen fehlt dieses Selbstvertrauen in die eigene Lernfähigkeit, andere sind nicht mobil genug, um einen Kurs aufzusuchen. Ein Teil kann sich ein Tablet und einen Vertrag über einen Internetzugang finanziell nicht leisten. Der häufigste Grund, nicht online zu gehen, ist die Annahme, dass da nichts für ältere Menschen drin ist, man das nicht brauche und/oder dass es zu kompliziert sei. Das sind jedoch Vorurteile. Medien sind Erfahrungsgüter. Ihren Nutzen kann man erst erkennen, wenn man sie nutzt. Das ist bei digitalen Anwendungen mit Investitionen in ein Gerät und einen Vertrag verbunden. Die tätigt man nicht, ohne einen Nutzen zu erwarten.

Schnupperangebote mit Leihgeräten und ein Masterplan

Um dieses Investitionsdilemma zu überwinden, hat die Stiftung Digitale Chancen zusammen mit Telefonica Deutschland schon 2013 Senior*innentreffs, Begegnungsstätten und Wohneinrichtungen angeboten, ihren Besucher*innen beziehungsweise Bewohner*innen über drei Monate unentgeltlich bis zu 20 Tablet-PCs auszuleihen, wenn sie dazu ein wöchentliches Betreuungsangebot garantieren. Seit 2013 haben rund 130 Einrichtungen mit circa 1.500 Senior*innen dieses Angebot genutzt. 2017 wurde dieser Ansatz evaluiert und als geeignet eingeschätzt, um die Alterslücke zu verringern. Diese Einrichtungen sind genau jene, die viele ältere Menschen aus anderen Gründen aufsuchen und deren Personal sie vertrauen. Die Stiftung Digitale Chancen hat daraufhin in Anlehnung an das frühere Programm Schulen ans Netz und den aktuellen Digitalen Bildungspakt einen Masterplan für ein Programm Senioreneinrichtungen ans Netz erarbeitet. Mit einem Fördervolumen von 50 Millionen Euro könnte man

30.000 Senior*innentreffs mit Leihgeräten und einem Train-the-Trainer-Programm ausstatten und in drei Jahren 300.000 Senior*innen erreichen sowie 100.000 Senior*innen in 10.000 Wohneinrichtungen.

Aufsuchende Digitalassistenten als Ergänzung

Weil nicht alle älteren »Offliner« solche Orte erreichen können, wurde in Bremen ergänzend ein Pilotprojekt mit aufsuchender Digitalassistenten durchgeführt. Über Einrichtungen der Altenhilfe wurde 13 älteren Menschen, die bereits Hilfe bei der Haushaltsführung erhalten, für drei Monate ein Tablet zur Verfügung gestellt und einmal in der Woche wurden sie in ihrer eigenen Wohnung in der Nutzung unterstützt. Nach diesen drei Monaten wollten alle bis auf eine Teilnehmerin weitermachen, weil sie unterschiedliche für sich nützliche Anwendungen entdeckt hatten. Allerdings haben diese zwölf auch gesagt, sie bräuchten von Fall zu Fall oder einige auch regelmäßig weitere Unterstützung.

Wie soll sich jemand, der seinem Gedächtnis nicht mehr traut, zum Beispiel für E-Mail und WhatsApp, für die Online-Apotheke und die Videosprechstunde unterschiedliche sichere Passwörter merken, die man nicht aufschreiben darf? Viele verzichten auf diese digitalen Anwendungen, solange noch analoge Alternativen bestehen. Wenn diese im Zuge der Digitalisierung weniger werden, sinken die Teilhabechancen und Millionen ältere Menschen werden sozial abgehängt.

Um dies zu verhindern, muss für die älteren Menschen, die stationäre Angebote aufgrund körperlicher, geistiger oder psychischer Einschränkungen nicht aufsuchen können, eine dauerhafte aufsuchende Digitalassistenten geschaffen werden. Diese muss organisiert und finanziert werden. Im Bremer Projekt wurde eine Fortsetzung der Assistenz zu den Bedingungen der organisierten Nachbarschaftshilfe mit einer Vergütung von 8,50 Euro pro Stunde angeboten. Drei von zwölf Personen, die diese dauerhafte Unterstützung wünschen, können das finanziell nicht leisten.

Denjenigen, die Pflegegeld beziehen, wäre geholfen, wenn die Leistungskomplexe in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI für die Hilfe zur ambulanten Pflege um die entsprechenden digitalen Angebote erweitert würden. Derzeit können in Niedersachsen zum Beispiel Leistungen zur Beschäftigung, wie Spielen, Unterhaltung und Erinnerungsarbeit, sowie die Begleitung zum Einkaufen und speziell die persönliche Begleitung bei Aktivitäten, die ein persönliches Erscheinen erfordern (Ärzt*innen, Ämter) (LK 18), abgerechnet werden, aber noch nicht die vergleichbare Unterstützung bei der Erledigung über das Internet, obwohl sich bei der Hilfe zur Nutzung einer Videosprechstunde die Hilfe beim An- und Auskleiden sowie die Fahrt- und Wartezeiten einsparen ließen. In Thüringen wurde im Leistungskomplex 30 Pflegerische Betreuungsmaßnahmen die »Unterstützung im Bereich technischer Hilfen (bspw. Internet, Skype, Telefon, Handy)« aufgenommen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HERBERT KUBICEK, Stiftung Digitale Chancen,
E-Mail: kubicek@uni-bremen.de

Quergedacht



INES THONKE

Schwangerschaftsabbruch im Blick von Politik und Forschung

Die Klage gegen die Ärztin Kristina Hänel, die auf ihrer Praxishomepage darüber informiert, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführt, setzte in Deutschland eine gesellschaftliche und politische Diskussion in Gang, die bis heute anhält. Im Zentrum stand zunächst der Strafrechtsparagraf 219a, der eine Werbung zum Schwangerschaftsabbruch verbietet. Die Verurteilung der Ärztin Hänel zu einer Geldstrafe machte deutlich, dass beim Schwangerschaftsabbruch die Informations- und Aufklärungspflicht von Ärzt*innen wie auch die Informationsmöglichkeiten von Frauen erschwert werden.

Die breite Diskussion über den Prozess und das Urteil führte im Februar 2019 zu einer Änderung des § 219a. Allerdings konnte sich die große Koalition nur auf einen Kompromiss einigen. So wird jetzt zwar wahrscheinlich kein Arzt/keine Ärztin mehr wegen der Erwähnung der medizinischen Leistung »Schwangerschaftsabbruch« auf der Praxishomepage nach § 219a verurteilt, für jedes weitere Detail jedoch noch immer – wenn etwa über die Methode des Abbruchs informiert wird. Dies bestätigte eine Verurteilung zweier Ärztinnen in Berlin, die nach der Gesetzesänderung erfolgte. Rechtssicherheit und Informationsfreiheit hat die neue Gesetzgebung folglich nicht erreicht.

Studie zu Schwangerschaftsabbruch ausgeschrieben und viel beachtet

Die Gesetzesnovellierung hat Gesundheitsminister Jens Spahn an die Bedingung geknüpft, eine Studie zum Schwangerschaftsabbruch erstellen zu lassen. Dabei fokussierte die bei der Ankündigung formulierte Fragestellung der Studie zunächst vor allem auf die psychischen Folgen des Abbruchs für Frauen. In der Ausschreibung Anfang September 2019 ist das Thema jedoch deutlich ausdifferenziert und erweitert worden. Soll es doch nun im ersten Teil des Forschungsvorhabens zwar immer noch um »Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung von psychischen Störungen und dem Erleben und der Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs oder einer ungewollten ungeplanten ausgetragenen Schwangerschaft« gehen, aber ebenso um »maßgebliche Einflussfaktoren für die Entstehung, das Erleben und die Verarbeitung von

ungewollten Schwangerschaften«. Außerdem wurde die beraterische und die medizinische Versorgungssituation zum Schwangerschaftsabbruch einbezogen und ebenso die fachliche Qualifikation von ärztlichem Personal – dies ist insbesondere ein Bereich, in dem wichtige Daten fehlen. Die Studie mit fünfjähriger Laufzeit kann, wenn sorgfältig ausgeführt, eine wertvolle und vor allem umfassende Bestandsanalyse bereitstellen, etwa eine Übersicht zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten und zu der Frage, wie Frauen den Nutzen solcher Angebote bewerten.

Die anfängliche Fokussierung auf die psychischen Folgen des Abbruchs wurde in der Öffentlichkeit ablehnend bewertet. Denn die wissenschaftliche Datenlage ist eindeutig. Der Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbruch und dessen Risiken für die psychische Gesundheit wird seit vielen Jahren systematisch in Langzeitstudien untersucht. In qualitativ hochwertigen Studien ließen sich keine Unterschiede hinsichtlich psychischer Folgen bei Frauen feststellen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen oder abbrechen. Dies gilt ebenfalls für junge Mädchen. Psychische Auffälligkeiten zeigten sich in solchen Fällen nach einem Abbruch, wenn sie auch schon vor dem Abbruch auftraten. Es ist unbestritten, dass der Abbruch ein akut belastendes Ereignis sein kann. Negative psychische Auswirkungen im Kontext einer ungewollten Schwangerschaft sind jedoch vor allem dann nachgewiesen, wenn Frauen Stigmatisierung und/oder Ausgrenzung erfahren oder befürchten. Außerdem zählen unter anderem psychische Vorerkrankungen, Gewalterfahrung in der Partnerschaft, Armut und finanzielle Unsicherheit, schwierige Partnerschaft sowie fehlende soziale Unterstützung zu den Faktoren, die einen Abbruch begünstigen. Diese Daten wurden von vielen internationalen Fachgesellschaften bestätigt. Studien, die psychische Probleme als Folge eines Abbruchs beschreiben, weisen häufig methodische Mängel auf. Auch der Begriff »Post Abortion Syndrome« in Anlehnung an die posttraumatische Belastungsstörung ist in der Wissenschaft nicht anerkannt und findet sich demnach auch nicht in den internationalen Krankheitsklassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (ICD und DSM). Der Begriff wurde in den USA von Lebensrechtaktivist*innen eingeführt.

Eine wissenschaftlich fundierte Diskussion über die psychischen Folgen eines Abbruchs bleibt deshalb von großer Bedeutung, weil angeblich wissenschaftliche Argumente wiederholt eingesetzt wurden und werden, um zu dem Thema zu verunsichern und nicht evidente Behauptungen zu platzieren. Es ist davon auszugehen, dass hiermit das Ziel verfolgt wird, den Zugang zu und die Durchführung von Abbrüchen zu behindern.

Welche Informationen fehlen

Für viele der Fragestellungen, die die geplante Studie in den Blick nehmen soll, gibt es schon heute ausreichend Informationen, die ein sofortiges gesundheitspolitisches Handeln rechtfertigen würden. Darüber hinaus fehlen in der Ausschreibung viele weit grundsätzlichere Struktur- und Prozessaspekte, die den Schwangerschaftsabbruch betreffen. Dazu gehören zum Beispiel die gesetzlichen Regelungen: Ist es zweckmäßig, den Abbruch im Strafgesetzbuch (StGB §§ 218 und 219) zu verorten? Der Schwangerschaftsabbruch ist eine ärztliche Leistung, bei der sich Ärzt*innen unmittelbar unter Beobachtung des

StGB bewegen. Studien, die die Einstellung von Ärzt*innen zum Schwangerschaftsabbruch untersucht haben, liegen viele Jahre zurück. Einflussfaktoren für ihre Haltung zum Abbruch waren neben der Berufsnorm und den persönlichen Wertevorstellungen auch die restriktive Gesetzgebung, Angst vor Sanktionen sowie das gesellschaftliche Klima. Offen bleibt damit: Welche Kriterien beeinflussen heute die ärztliche Entscheidung, Abbrüche anzubieten? Wie könnte ein protektives und supportives Gesetz aussehen?

Mit dem novellierten § 219a gibt es weiterhin keine Rechtssicherheit zur Informationsweitergabe. Die Ärzt*innenliste, die von der Bundesärztekammer im Rahmen des § 219a StGB erstellt wird, ist weit von einer vollständigen Erfassung entfernt. Auch können Frauen mit einer reinen Ärzt*innenliste nicht ihren Informationsbedarf decken. Die Regelung konterkariert darüber hinaus das Patientenrechtegesetz. Fakten zu Abbruchmöglichkeiten, Versorgungsangebot, -strukturen und -qualität sind weiterhin weder für Ärzt*innen noch für betroffene Frauen ausreichend transparent.

Welche Informationen finden Frauen stattdessen, die sich im Internet informieren wollen? Fotos, die schockieren sollen, Hetze und schuldinduzierende Aussagen. Sinnvoll könnte hier auch ein Blick in die Nachbarländer sein: In Frankreich beispielsweise verbietet ein Gesetz Falschinformationen zum Schwangerschaftsabbruch, auch darf kein moralischer oder psychologischer Druck ausgeübt werden. Dieses Gesetz schützt damit neben den betroffenen Frauen auch medizinisches und nicht-ärztliches Personal.

Der Schwangerschaftsabbruch ist nur unzureichend in die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung implementiert, verbindliche Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung sind nicht verfügbar, und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Schwangerschaftsabbruchmethoden wird in der zuständigen Fachgesellschaft kaum geführt. Hier wäre es von Forschungsinteresse, welche Auswirkungen dies auf Ärzt*innenmotivation, gesellschaftliche Akzeptanz und auf Qualitätsstandards hat. Medizinstudierende der Charité Berlin werden in der Arbeitsgruppe »Medical Students for Choice« inzwischen selbst aktiv, veranstalten eigene Fortbildungen und fordern das Thema in der Lehre ein.

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) sieht in § 13 vor, dass die Länder ein ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen sicherstellen müssen. Konfessionell geführte Krankenhäuser mit staatlichem Versorgungsauftrag bieten den Abbruch jedoch meist nicht an. In wie vielen Krankenhäusern ist das der Fall? Und erfüllen sie damit noch ihren staatlichen Versorgungsauftrag? § 12, Absatz 1 des SchKG sieht ein Weigerungsrecht vor. Demnach können Ärzt*innen nicht verpflichtet werden, an einem Abbruch mitzuwirken. Es ist bekannt, dass in Italien in manchen Regionen über 80 Prozent der Frauenärzt*innen von diesem Recht Gebrauch machen. Für Deutschland liegen hier keine Daten vor. Auch bereits implementierte Regelungen sollten in diesem Zusammenhang einer Prüfung unterzogen werden. Das gilt etwa für die Pflichtberatung vor dem Abbruch sowie die festgelegte Wartezeit zwischen Beratungstermin und Abbruch selbst. Denn auch in diesem Bereich liegen keine evidenzbasierten Daten vor.

Literatur bei der Verfasserin

DR. INES THONKE, M.Sc., Ärztin, E-Mail: ines.thonke@gmx.de



YVONNE ADAM, SVEA GILLE, KLAUS HURRELMANN,
DORIS SCHAEFFER

»Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz« Schritt für Schritt in die Umsetzung

Laut einer Studie der Universität Bielefeld weist mehr als jede*r Zweite in Deutschland – konkret 54,3 Prozent der Bevölkerung – eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Das bedeutet, dass es der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland schwerfällt, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen, um im Alltag Entscheidungen treffen zu können, die für ihre Gesundheit förderlich sind. Um hier Verbesserungen zu erwirken, erarbeiteten Expert*innen unter der Leitung von Prof. Dr. Doris Schaeffer und Prof. Dr. Ullrich Bauer von der Universität Bielefeld, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann von der Hertie School Berlin und Dr. Kai Kolpatzik vom AOK-Bundesverband den »Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz«.

Was ist seither passiert, wie verläuft die Umsetzung?

Die Initiatoren haben begonnen, gezielt Workshops zu den Oberthemen des Nationalen Aktionsplans durchzuführen. In diesen werden einzelne, noch allgemein formulierte Empfehlungen mit jeweils etwa 30 Expert*innen und Akteur*innen aus unterschiedlichsten Gesellschaftsbereichen aufgegriffen, intensiv diskutiert und in konkrete Handlungsoptionen übersetzt. Am 02. und 03.05.2019 erfolgten zudem im Rahmen eines internationalen Symposiums mit namhaften internationalen Health Literacy Expert*innen eine Diskussion der Empfehlung 15 des Nationalen Aktionsplans (»Die Forschung zur Gesundheitskompetenz ausbauen«) und eine Bestandaufnahme der Forschung. Die Ergebnisse der Workshops und des Symposiums wurden in frei zugänglichen Strategiepapieren zusammengefasst.

Strategiepapier zeigen umsetzbare Einzelziele auf

Bisher fanden fünf Workshops statt. Ein Workshop widmete sich beispielsweise der Empfehlung 1 des Nationalen Aktions-

plans: »Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, mit der Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen«. Das Strategiepapier Nr. 1 bündelt in vier Abschnitten übergeordnete Umsetzungsmaßnahmen und empfiehlt, Gesundheitskompetenz in bestehende Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich zu integrieren, bestehende Lehr- und Bildungspläne gezielt zu erweitern und im Zuge dessen auch strukturelle und systemorientierte Veränderungen einzuleiten. Dabei sollte die Förderung von Gesundheitskompetenz als Erleichterung der Alltagsarbeit herausgestellt werden.

Ein weiterer Workshop widmete sich der Empfehlung 11 und hatte das Thema: »Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren«. Das im Ergebnis erarbeitete Strategiepapier Nr. 2 legt fünf konkrete Handlungsschritte dar und empfiehlt, das Gesundheitssystem vom Leben mit chronischer Krankheit her neu zu denken, ein systematisches Informationsmanagement während des gesamten Krankheitsverlaufs zu realisieren, in dem Menschen mit chronischer Erkrankung die richtige Information zur richtigen Zeit erhalten, sowie die Partizipation zu verbessern und anwaltschaftliche Unterstützung auszubauen.

Menschen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz nutzen das Gesundheitssystem intensiver: Stationäre Aufenthalte, Notfallversorgungen und die Zahl der Arztkonsultationen sind häufiger. Gleichzeitig finden sie sich immer weniger in der unübersichtlich gewordenen Versorgungslandschaft zurecht. Neben der Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz ist es folglich von großer Wichtigkeit, eine Offensive für ein gesundheitskompetentes und nutzer*innenfreundliches Gesundheitssystem zu starten. Dies stand im Zentrum eines weiteren Workshops zu den Empfehlungen 6 bis 10 des Nationalen Aktionsplans zum Thema: »Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern«. Das daraus resultierende Strategiepapier Nr. 4 stellt heraus, dass hierfür ein systematisches Handeln aller Akteur*innen auf System-, Organisations- und Interaktionsebene nötig ist, mehr Transparenz geschaffen, die Partizipation von Patient*innen intensiviert und die Kommunikation und Information verständlicher gestaltet werden sollte.

Die Strategiepapier Nr. 3 und Nr. 5 zu den Themen »Den Umgang mit Gesundheitsinformation in den Medien erleichtern« und »Gesundheitskompetenz systematisch erforschen« sind ebenfalls frei zugänglich.

Zu Beginn des kommenden Jahres ist eine gemeinsame Tagung zum Thema »Gesundheitskompetenz im digitalen Zeitalter« des Nationalen Aktionsplans mit der Allianz Gesundheitskompetenz des Bundesgesundheitsministeriums geplant, mit der eine enge Zusammenarbeit besteht. Anfang nächsten Jahres erfolgt zudem die nächste repräsentative Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung Deutschlands durch die Universität Bielefeld.

Literatur bei den Verfasser*innen

PROF. DR. DORIS SCHAEFFER, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, E-Mail: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

PROF. DR. KLAUS HURRELMANN, Hertie School Berlin, Geschäftsstelle Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

YVONNE ADAM UND SVEA GILLE, E-Mail: gesundheitskompetenz@hertie-school.org, www.nap-gesundheitskompetenz.de

BIANCA DAHLKE, MAREIKE TIMMANN¹

Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen

Hochschulen stellen einen wichtigen Baustein in der gesundheitsfördernden Bildungskette dar. In Deutschland sind mehr als 2,8 Millionen Studierende an Hochschulen eingeschrieben und mehr als 705.000 Beschäftigte angestellt. Eine durchgängige Betrachtung der Bildungskette – beginnend in der Kita über die Schule bis zur Hochschule – erweist sich für die ganzheitliche Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit als entscheidend.

Basierend auf langjährigen Erfahrungen gemeinsamer Arbeit der LVG & AFS und der Techniker Krankenkasse (TK) im Setting Hochschule startete im August 2018 das Aufbau- und Entwicklungsprojekt »Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen«. Mit dem Kooperationsprojekt sollen im Sinne des Präventionsgesetzes nachhaltige Strukturen etabliert werden, um Gesundheitsförderung an Hochschulen weiterzuentwickeln. Gemeinsam mit Akteur*innen aus den Hochschulen sollen Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) weiter auf- und ausgebaut werden. Dabei sollen Impulse im Sinne der Ottawa-Charta (1986), der Okanagan-Charta (2015) und des Setting-Ansatzes gesetzt werden. In den nächsten zwei Jahren wird der Fokus der Arbeit des Kompetenzzentrums primär auf SGM liegen.

Warum überhaupt Studentisches Gesundheitsmanagement?

Damit ein gesunder Start ins Studien- und Berufsleben gelingen kann, gilt es, in Hochschulen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen sowie die individuellen Gesundheitsressourcen der Studierenden zu stärken. Die Datenlage weist darauf hin, dass insbesondere psychische Belastungen der Studierenden in den letzten Jahren angestiegen sind. Der Beginn eines Studiums wird als von Unsicherheiten geprägte Lebensphase betrachtet: Häufig sind damit der Auszug aus dem Elternhaus, der Umzug in eine neue Stadt, die Neuorientierung und Integration in das System Hochschule sowie der Aufbau neuer Kontakte verbunden. Einige Studierende sind durch Familienaufgaben wie der Versorgung von Kindern, Pflege von Angehörigen oder durch einen Nebenjob mehrfach belastet. Studierende können bei vielen dieser Herausforderungen durch ein SGM unterstützt werden. Darüber hinaus haben Hochschulen eine bildungspolitische Aufgabe und agieren als Vorbild für andere gesellschaftliche Bereiche. Studierende können als zukünftige Entscheidungsträger*innen und als Fach- und Führungskräfte Gesundheitsförderung in die Gesellschaft tragen und umsetzen.

Aktuelle Angebote zum Studentischen Gesundheitsmanagement

Im Juli 2019 wurde die Handlungsempfehlung zum Studentischen Gesundheitsmanagement veröffentlicht. Die Handlungsempfehlung ist das Ergebnis der Kooperation zwischen der TK, der LVG & AFS, dem bundesweiten Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) und beteiligten Expert*innen der Hochschulen. Sie liefert Orientierung, Informationen, Impulse und Hilfestellungen zur schrittweisen Ge-

staltung und Implementierung von SGM und ist als PDF online unter www.kompetenzzentrum-gesunde-hochschulen.de/studentisches-gesundheitsmanagement abrufbar. Basierend auf der Handlungsempfehlung wird das Kompetenzzentrum im nächsten Jahr Seminare zu SGM anbieten. Multiplikator*innen sollen dabei unterstützt werden, SGM systematisch an ihrer Hochschule umzusetzen.

Weitere Entwicklungen im Kompetenzzentrum

Das Kompetenzzentrum hat eine interaktive Landkarte »Gesundheitsfördernde Hochschulen« ins Leben gerufen. Die Landkarte ist die erste Plattform, auf der systematisch und zentral dargestellt wird, an welchen Hochschulen SGM und/oder BGM umgesetzt werden. Das Kompetenzzentrum möchte damit zur Vernetzung unter den Akteur*innen beitragen und diese fördern. Außerdem arbeitet das Kompetenzzentrum eng mit dem AGH zusammen und bietet an, dort identifizierte Bedarfe aufzunehmen, zu bearbeiten und diese nach systematischer Aufarbeitung für alle zugänglich zu machen. In einem quartalsweise erscheinenden Newsletter informiert das Kompetenzzentrum rund um das Thema Gesundheitsförderung an Hochschulen beispielsweise zu Veranstaltungen, aktuellen Veröffentlichungen, Beiträgen aus Hochschulen und Netzwerken sowie über Aktuelles aus der Politik. Die Anmeldung zum Newsletter ist unter www.kompetenzzentrum-gesunde-hochschulen.de/newsletter zu finden.

Literatur bei den Verfasserinnen, 1: Anschrift siehe Impressum
BIANCA DAHLKE, Techniker Krankenkasse, Team Gesundheitsmanagement,
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, E-Mail: bianca.dahlke@tk.de

CAROLIN BÖHMIG, ALESSA JANSEN,
JOHANNES KLEIN-HEBLING

Gesundheits-Apps bei psychischen Erkrankungen?

Die Nutzung von Gesundheits-Apps bietet Chancen für die psychotherapeutische Versorgung und die Prävention psychischer Erkrankungen. Gesundheits-Apps können nicht nur psychotherapeutische Behandlungen unterstützen und Behandlungserfolge stabilisieren, sie können auch dazu beitragen, psychische Erkrankungen zu vermeiden oder Verschlechterungen zu verhindern.

Präventionsempfehlungen durch Psychotherapeut*innen

Präventionsmaßnahmen sollen Versicherte dazu motivieren und befähigen, etwas für den Erhalt ihrer Gesundheit zu tun. Um möglichst viele Versicherte durch präventive Angebote zur Förderung von Gesundheit zu erreichen, ist es wesentlich, den Zugang zu entsprechenden Angeboten möglichst niederschwellig zu gestalten. Deshalb können auch Gesundheits-Apps im Rahmen eines flächendeckenden Angebots durch die Krankenkassen zu einer Verbesserung der Prävention und zu einer langfristigen Förderung der Gesundheit beitragen. Nicht alle Versicherten nehmen jedoch ohne Unterstützung präventive Angebote in Anspruch, auch wenn diese aufgrund der individuellen Risikofaktoren indiziert sind. Daher ist es oft hilfreich, wenn Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen ihre Patient*innen auf präventive Angebote aufmerksam machen.



Abbildung: Übersicht Einflussfaktoren im Büroraum auf die psychische Gesundheit

Formale Präventionsempfehlungen zur individuellen Verhaltensprävention, die als »Rezept« von den Krankenkassen bei ihrer Leistungsentscheidung zu berücksichtigen sind, sind bislang ausschließlich Ärzt*innen vorbehalten und gehören noch nicht zum Leistungsspektrum der Psychotherapeut*innen. Angesichts des Stellenwerts psychischer Erkrankungen sollten Präventionsempfehlungen in dieser Form auch von Psychotherapeut*innen zu einem Leistungsangebot der Krankenkassen führen.

Damit Gesundheits-Apps die Sicherheit der Patient*innen nicht gefährden und einen tatsächlichen Nutzen darstellen, ist sicherzustellen, dass nur solche Gesundheits-Apps eingesetzt werden, die als Medizinprodukte zertifiziert sind und deren Datensicherheit zertifiziert ist. Außerdem ist ein Wirksamkeitsnachweis für den durch die Hersteller*innen angegebenen Zweck erforderlich. Gesundheits-Apps sollten nach diesen Kriterien geprüft und alle Gesundheits-Apps, die diese Kriterien erfüllen, in ein Verzeichnis aufgenommen werden.

Abklärung von Beschwerden in der psychotherapeutischen Sprechstunde

Das Angebot von Gesundheits-Apps durch Krankenkassen darf nicht dazu führen, dass der Zugang zu Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen eingeschränkt wird. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung können nur Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen stellen. Eine Gesundheits-App kann das nicht. Psychotherapeut*innen bieten dafür flächendeckend und zeitnah Sprechstunden an, in denen Betroffene ihre psychischen Beschwerden abklären lassen können sowie eine Empfehlung für die weitere Behandlung erhalten. Die Musterberufsordnung für Psychotherapeut*innen schreibt vor, dass die Diagnose – wie auch die Indikationsstellung und Aufklärung – im unmittelbaren Gegenüber erfolgen muss.

Nachbesserungsbedarf im Digitale Versorgung-Gesetz

Die Bundesregierung hat im Sommer ein Gesetz zur Digitalen Versorgung vorgelegt. Das Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) sieht vor, dass alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen Zugang zu Gesundheits-Apps erhalten sollen. Damit sich die Chancen der Digitalisierung in Zukunft in der psychotherapeutischen Versorgung nutzen lassen, ohne dass die Patient*innensicherheit gefährdet wird, müssen im DVG die Weichen richtiggestellt werden. Geplant ist, dass ein Verzeichnis digitaler Anwendungen aufgebaut wird, in das Medizinprodukte niedriger Risikoklassen aufgenommen werden. Allerdings sind die geplanten Anforderungen an den Nachweis

der Wirksamkeit der Produkte noch nicht ausreichend. Es genügt nicht, dass digitale Anwendungen nur einen irgendwie gearteten »positiven Versorgungseffekt« nachweisen, um in das Verzeichnis aufgenommen zu werden. Hier braucht es strengere Anforderungen an Wirksamkeitsnachweise der Produkte. Außerdem ist geplant, dass die Verordnungsbefugnis digitaler Anwendungen nicht auf Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen beschränkt bleiben soll, sondern Gesundheits-Apps auch direkt von den Krankenkassen empfohlen bzw. »verordnet« werden können. Diese Vermischung von Versicherung und Versorgung ist nicht im Sinne der Patient*innen. Krankenkassenmitarbeiter*innen sind nicht in der Lage, die Risiken der von ihnen empfohlenen Gesundheits-App im Einzelfall einzuschätzen. Ihnen fehlt die Qualifikation, eine den fachlichen Standards entsprechende Diagnostik und Indikationsstellung vorzunehmen.

Literatur bei den Verfasser*innen

CAROLIN BÖHMIG, DR. ALESSA JANSEN, DR. JOHANNES KLEIN-HEBLING,
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Klosterstraße 64, 10179 Berlin,
E-Mail: jansen@bptk.de

LUKAS WINDLINGER

Gesundheitsförderliche Büroräume

Büroräume und Büroarbeitsplätze wurden in der Büroplanung und im betrieblichen Gesundheitsmanagement bislang meist nur unter Aspekten der Ergonomie oder der Arbeitssicherheit betrachtet. Neuere Studien zeigen aber, dass der Einfluss der Büroräume auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden beträchtlich ist. In der Vergangenheit wurde meist der Einfluss des Bürotyps beziehungsweise der Offenheit des Bürolayouts auf die Gesundheit thematisiert (»Machen Großraumbüros krank?«). Es liegen jedoch keine Studien vor, welche belastbare Ergebnisse beinhalten und die zeigen würden, ob Großraum- oder Zellenbüros generell besser für die Gesundheit sind. Vielmehr scheint es gesundheitsgerechte und nicht gesundheitsgerechte Ausgestaltungen der verschiedenen Bürotypen zu geben: Es existieren also sowohl gute wie auch schlechte Großraum- und Zellenbüros. Die quantitative Beschreibung im Sinne der Anzahl an Personen, die ein Büro gemeinsam nutzen, ist somit gegenüber der Beschreibung von Büroqualität im Sinne der Wahrnehmung und Bewertung durch die Nutzenden für Ge-

sundheit und Wohlbefinden weniger bedeutsam. So sind in Bezug auf die materielle Umgebung die wahrgenommene Arbeitsplatz- und ästhetische Qualität wichtige Prädiktoren für das Wohlbefinden.

Potenzial von Bürogestaltung wenig genutzt

Bei der Planung, Bereitstellung, Bewirtschaftung und Verbesserung von Umgebungen für Büroarbeit ergeben sich damit viele Nahtstellen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Das Potenzial wird aber bislang noch wenig genutzt. Im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz befasste sich ein interdisziplinäres Team – bestehend aus Expert*innen der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW), Gesundheitsförderung Schweiz, Witzig The Office Company und der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) – deshalb mit der Frage, welche Faktoren im Büroraum und im begleitenden Veränderungsprozess wichtig sind, um die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden zu erhalten und zu fördern. Dabei werden neben Stressoren (etwa Störungen oder Ablenkungen) besonders Ressourcen des Büroraumes und des Veränderungsprozesses thematisiert.

Einflussfaktoren der Büroraumumgebung auf die psychische Gesundheit

Auf der Basis eines psychologischen Stressmodells, der verfügbaren wissenschaftlichen Literatur, Ergebnissen eigener Forschung und Expert*inneninterviews wurden 19 Einflussfaktoren in der Büroraumumgebung identifiziert. Die Einflussfaktoren sind in einem Leitfaden »Gesundheitsförderliche Büroräume und Workplace Change Management« ausführlich und mit Handlungsempfehlungen versehen beschrieben (siehe Abbildung). Diese Faktoren wurden in sechs Büroveränderungsprojekten in Schweizer Unternehmen weiter untersucht. Dabei zeigte sich, dass in den verschiedenen Organisationen je nach Ausgangs- und Endzustand der Büroräume jeweils unterschiedliche Einflussfaktoren wichtig sind. Das bedeutet, dass die Optimierung der Arbeitsumgebungen für das Wohlbefinden jeweils auf spezifischen Analysen aufbauen und situativ angepasst umgesetzt werden muss. Dabei spielt der Dialog mit den Nutzer*innen eine zentrale Rolle, denn die gesundheits- und wohlbefindensbezogenen Effekte der Büroumgebung realisieren sich in deren Wechselwirkung mit Arbeitstätigkeiten, Arbeitsweisen und Organisationskultur.

Weitere Informationen unter: www.gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/projekte/offices-change-health/dienstleistungen.html

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. LUKAS WINDLINGER, ZHAW Life Sciences and Facility Management, Wädenswil, E-Mail: lukas.windlinger@zhaw.ch

PETRA KOLIP, KATHARINA LIS

Psychische Gesundheit von Männern

Männer haben keine psychischen Probleme, oder etwa doch? Betrachtet man die Lebenszeitprävalenz für diagnostizierte Depressionen, dann liegt diese mit 7,8 Prozent in der Altersgruppe 18 bis 79 Jahre bei Männern nur halb so hoch wie bei Frauen mit 15,4 Prozent. Ein anderes Bild zeigt die Suizidstatistik, der zufolge Männer dreimal häufiger einen Suizid begehen als Frauen.

Expert*innen schlussfolgern, dass psychische Erkrankungen und Depressionen bei Männern unterdiagnostiziert werden, und führen diese Diskrepanz auf verschiedene Erklärungsansätze zurück, etwa auf das männliche Gesundheits- und Hilfe-suchverhalten. Auch fehlen passgenaue Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention. Erste internationale Forschungen zeigen jedoch, dass vor allem niedrigschwellige, gendersensible und lebensweltorientierte Informations- und Präventionsangebote von Männern akzeptiert werden.

Modellprojekt »Mann, was geht?!« erprobt männerspezifische Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit

Das von der LVG & AFS, Techniker Krankenkasse und Universität Bielefeld im Mai 2018 initiierte Modellprojekt knüpft an die internationalen Forschungsergebnisse an. In fünf Modellbetrieben werden gesundheitsfördernde Angebote mit dem Ziel entwickelt und erprobt, Männer dafür zu sensibilisieren, Belastungsfaktoren wahrzunehmen, um geeignete Bewältigungsstrategien erarbeiten zu können. Zudem wird eine Website für Männer entwickelt, die über psychische Gesundheit informiert, berät und Hilfsangebote beinhaltet. Die Universität Bielefeld ist für die wissenschaftliche Begleitforschung verantwortlich. Zunächst werden die einzelnen Prozessschritte bis zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen evaluiert. Dazu werden unter anderem Einzelinterviews mit Führungskräften durchgeführt. Nach Erprobung der gesundheitsfördernden Interventionen finden Fokusgruppen mit den Teilnehmern statt. Ein Prototyp der Website wird in der Startphase einem Pretest unterzogen. Geplant ist weiterhin eine Online-Befragung mit circa 100 Testpersonen.

Belastungserleben von Männern: erste Befragungsergebnisse

Die Angebotsentwicklung fußt unter anderem auf den Erkenntnissen einer qualitativen Befragung. In 24 Einzelinterviews wurden jeweils acht Männer in drei unterschiedlichen Lebensphasen über ihre Belastungssituationen, den Umgang mit Belastungen und die gesundheitlichen Auswirkungen befragt, die durch die Belastungen verursacht werden. Zu den befragten Zielgruppen gehörten 1. junge Väter, 2. Männer im mittleren Alter (40+) und 3. Männer vor dem Übergang in die Rente. Junge Väter belastet am meisten das Gefühl, vielen Anforderungen gleichzeitig gerecht werden sowie die Balance zwischen Familien- und Berufsleben herstellen zu müssen. Kommt es während der Familiengründungsphase zusätzlich zu finanziellen Einbußen, erhöht dies das Belastungserleben. Arbeitgeber*innen, die Verständnis für die familiäre Situation von jungen Vätern zeigen, Homeoffice ermöglichen und Elternzeiten fördern, tragen dazu bei, dass junge Väter weniger Stress empfinden. Das Belastungserleben der befragten Männer im mittleren Alter ist dann besonders hoch, wenn die wöchentliche Arbeitszeit über 40 Stunden beträgt sowie die Grenzen zwischen Privat- und Berufsleben durch ständige Erreichbarkeit schwinden. Eine klare Trennung zwischen Arbeit und Privatleben hilft dabei, zu entspannen, abzuschalten und neue Kräfte zu sammeln. Schnelllebigkeit und Arbeitsverdichtung sind die am häufigsten genannten Belastungsmomente der Befragten vor dem Übergang in den Ruhestand. Zudem sorgt sich ein Großteil davon um die finanzielle Situation nach dem Berufsausstieg und ihre Gesundheit. Entlastung und Sicherheit könnten vor allem Informations- und Präventionsangebote bieten.

Was Männer wollen: Ideen zu Präventionsangeboten

Trotz unterschiedlicher Lebensphasen war sich die Mehrheit der Befragten einig, dass sich die Attraktivität von Präventionsangeboten erhöhen lässt, wenn diese mit dem Berufs- und Privatleben vereinbar und alltagstauglich sind, zum Beispiel durch kurze Anfahrtswege. Bevorzugt werden Angebote, die sich gezielt an Männer richten und in kleineren Gruppen stattfinden (zehn bis zwölf Personen). Wichtig ist zudem eine Kommunikation »auf Augenhöhe«. Dementsprechend wird vom Moderierenden eine gewisse Lebenserfahrung erwartet, kombiniert mit persönlicher Eignung sowie fachlicher Qualifikation. Gruppenangebote mit Einzelberatung bieten Möglichkeiten, sich auszutauschen und persönliche Anliegen zu äußern, und werden daher von den meisten Befragten favorisiert. Die Präventionsangebote im Rahmen des Projektes sollen diese Kriterien erfüllen und somit die Erreichbarkeit von Männern sowie deren Akzeptanz für Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit erhöhen.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. PETRA KOLIP UND KATHARINA LIS, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
E-Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de, katharina.lis@uni-bielefeld.de

BIRTE GEBHARDT¹, ANNE HINNEBURG, JANNA STERN²

Gemeinsam gesund und sicher?! Verzahnung von Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz in der niedersächsischen Landesverwaltung

Arbeit gesund und sicher zu gestalten, ist ein zunehmend bedeutsames Themenfeld in der heutigen Arbeitswelt. Denn die Digitalisierung, Flexibilisierung und Individualisierung der Arbeitswelt bergen große Herausforderungen. Nur wenn alle Beschäftigten gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen erleben, können sie diese Herausforderungen bewältigen und ihre Leistung nachhaltig erbringen. Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz bieten unterschiedliche Ansätze, um diesem Ziel näher zu kommen. Sie bergen jedoch auch ein hohes Synergiepotenzial, welches die niedersächsische Landesverwaltung durch gezielte Verzahnung nutzbar machen will.

Viefältige Aktivitäten der Niedersächsischen Landesverwaltung

Die Vereinbarung nach § 81 NPersVG (Niedersächsisches Personalvertretungsgesetz) Arbeit und Gesundheit aus 2015 bildet die Grundlage für die Verzahnung von Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz in der niedersächsischen Landesverwaltung. Der Beirat Arbeit und Gesundheit initiierte deshalb auf struktureller und operativer Ebene vielfältige Maßnahmen zum Zusammenwirken beider Felder. Diese reichen von neuen Kooperationen mit der Landesunfallkasse Niedersachsen und der Staatlichen Gewerbeaufsicht, über Pilotierungsprojekte und eine Qualifizierungsreihe für Prozessbegleiter*innen, bis zur Entwicklung einer im September 2019 veröffentlichten Handlungshilfe für die Dienststellen.

Unterschiedliche Wurzeln

Historisch haben sich Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz sehr unterschiedlich entwickelt: Der Arbeitsschutz entstand im 19. Jahrhundert, als Arbeitsbedingungen in Fabriken oft zu schweren, sogar tödlichen Unfällen führten. Er richtet sich deshalb vor allem auf die Unfallverhütung, den Schutz vor Gefahren und die Definition von Sicherheitsnormen. Das Gesundheitsmanagement hingegen entstand deutlich später vor dem Hintergrund einer politischen Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung, die 1986 in dem Grundsatzdokument der »Ottawa-Charta« verankert wurde. Diese vertritt ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und setzt bei den Beschäftigten als Expert*innen ihrer Gesundheit und ihrer Arbeitsbedingungen an. Bis heute haben daher die handelnden Akteur*innen des Arbeitsschutzes häufig einen eher technisch geprägten Hintergrund, wohingegen die Akteur*innen des Gesundheitsmanagements oft im Bereich der Organisations- und Personalentwicklung verortet sind. Daraus erklärt sich, weshalb Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz häufig organisatorisch und personell (noch) losgelöst voneinander agieren sowie unterschiedliche »Sprachen« sprechen. Trotz dieser Unterschiede haben sich der Arbeitsschutz und das Gesundheitsmanagement im letzten Jahrzehnt vor dem Hintergrund eines Wandels der Arbeitswelt und des Krankheitsspektrums zunehmend angenähert. Besonders deutlich wird die Schnittmenge im Kontext der Bewertung psychischer Belastungen im Arbeitsumfeld. Die »Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen« als Instrument des Arbeitsschutzes arbeitet hier in sehr ähnlicher Weise wie das Gesundheitsmanagement. Beide verfolgen nahezu identische Ziele, etablieren systematische, dauerhafte Prozessabläufe, nutzen ähnliche Verfahren zur Belastungserhebung und nehmen dieselben inhaltlichen Bereiche in den Blick (Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziale Beziehungen, Arbeitsumgebung, neue Arbeitsformen).

Verzahnung – aber wie?

Eine Verzahnung ist deshalb zielführend und ressourcensparend. Sie sollte prinzipiell auf zwei Ebenen erfolgen: strukturell – beispielsweise durch die Zusammenlegung von Gremien – und praktisch – beispielsweise durch die Einführung integrierter Prozesskreisläufe zur Belastungsermittlung. Dabei ist es wichtig, die spezifischen Rahmenbedingungen in der Dienststelle zu analysieren und zu entscheiden, wo sich Synergien sinnvoll und ressourcenbewusst nutzen lassen und welche Felder trotz aller Überschneidungen effizienter getrennt bearbeitet werden.

Strukturelle Unterstützungsangebote

Die Dienststellen der niedersächsischen Landesverwaltung können verschiedene Angebote des Landes zur Unterstützung bei dem Verzahnungsprozess nutzen. Der Beratungsservice Gesundheitsmanagement bietet Einstiegsberatungen, die neu weitergebildeten Prozessbegleiter*innen stehen für Workshops, Qualifizierung interner Akteur*innen und kontinuierliche Begleitung zur Verfügung.

Literatur bei den Verfasserinnen, 1, 2: Anschrift siehe Impressum

ANNE HINNEBURG, Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport,
E-Mail: anne.hinneburg@mi.niedersachsen.de



KERSTIN KOWALEWSKI

Jetzt bin ich mal dran Stärkung der psychischen Gesundheit von Geschwistern von Kindern mit Erkrankung und/oder Behinderung

In Deutschland leben nach Schätzungen der Stiftung FamilienBande über zwei Millionen Kinder und Jugendliche mit einem Geschwister, das schwer erkrankt und/oder behindert ist. Der Alltag in ihren Familien ist geprägt von der Versorgung, Förderung und Therapie dieses Kindes, Sorgen und Ängsten um die Zukunft der Familie sowie einer frühen Auseinandersetzung mit existenziellen Fragestellungen. Studien weisen darauf hin, dass Geschwisterkinder aufgrund dieser besonderen Lebenssituation verstärkten psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Dazu zählen beispielsweise Erfahrungen von verminderter Aufmerksamkeit durch die Eltern, Beanspruchung durch nicht altersgerechte Betreuungsaufgaben, innerfamiliäre Konflikte, verstärkter Leistungsdruck, Loyalitätskonflikte, emotionale Probleme sowie Stigmatisierung und Diskriminierung im sozialen Kontext.

Erhöhtes Risiko für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten

Die erlebten Belastungen der Geschwisterkinder führen nach empirischen Überblicksarbeiten zu einem leicht erhöhten Risiko für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten. Probleme können sich im kognitiven und emotionalen Befinden sowie auf der Verhaltensebene und damit in verschiedenen Lebensbereichen der Geschwisterkinder ergeben. Aufgrund dieser Vulnerabilität für die Entwicklung psychischer Problematiken weist die Gruppe der Geschwisterkinder einen erhöhten Bedarf an Unterstützung und präventiver Begleitung auf.

Förderung der Resilienz und Vermittlung von Lebenskompetenzen

Deswegen hat ISPA e.V. (Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg e.V.) gemeinsam mit seinen Partner*innen der Allianz für Geschwister den GeschwisterCLUB entwickelt.

Unter dem Motto »Starke Geschwister!« sollen Schwestern und Brüdern von Kindern mit Behinderungen oder Erkrankungen in ganz Deutschland evaluierte, standardisierte und refinanzierte Angebote verfügbar gemacht werden, die sie in ihrer Resilienz, ihrer psychischen Gesundheit sowie in ihrem seelischen Wohlbefinden fördern. Ziel ist es, dass Geschwister von Kindern mit Behinderung oder Erkrankung einen Raum erhalten, um ihre besondere Situation zu reflektieren, und dass sie befähigt werden, diese eigenständig zu bewältigen. Im GeschwisterCLUB werden ihnen Lebenskompetenzen vermittelt und ihr Selbstbewusstsein gestärkt. Langfristig soll somit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen präventiv begegnet werden. Der GeschwisterCLUB besteht aus einer Reihe übertragbarer Gruppenangebote, welche theoriegeleitet konzipiert, in der Praxis gut erprobt und evaluiert sind. Die Angebote des GeschwisterCLUBs reichen von psychosozialen Tagesangeboten (GeschwisterTAG) bis hin zu intensiven, mehrwöchigen zertifizierten Präventionskursen zur Förderung der Resilienz und der Stressbewältigungskompetenz (zum Beispiel GeschwisterTREFF, SuSi – Supporting Siblings). Sie richten sich an Geschwister im Alter von sieben bis 14 Jahren. Dank einer Förderung der Aktion Mensch Stiftung kann ISPA e.V. Einrichtungen, die Geschwisterangebote nach dem Modell GeschwisterCLUB aufbauen möchten, beraten. In Niedersachsen unterstützt der Verein derzeit die Euregio-Klinik (Bunter Kreis) in Kooperation mit der Lebenshilfe Nordhorn bei der Implementierung eines zertifizierten, von den Krankenkassen refinanzierten Kurses. Dazu haben sich im Vorfeld vier Mitarbeiterinnen zu Fachkräften für Geschwister ausbilden lassen.

Positive Auswirkungen durch Teilnahme an Angeboten

Evaluationen belegen, dass die Kinder nach der Teilnahme an GeschwisterCLUB-Angeboten gelassener und rücksichtsvoller sind. Ihr Selbstbewusstsein wird gestärkt und sie lernen, verschiedene Stressbewältigungsstrategien anzuwenden. Gegenüber ihren Geschwistern mit Behinderung sind sie zugewandter, können aber auch deutlicher Grenzen setzen und ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse vertreten. Nicht zuletzt erhalten die Eltern mit der Kursleitung auch eine konkrete Ansprechperson, an die sie sich mit Fragen und Themen rund um die Geschwisterkinder wenden können. Mit ihrer ersten Fachtagung »Geschwister im Blick« reagieren ISPA e.V. und der Verbund für Geschwister am 17. und 18. Januar 2020 auf die Bedarfe präventiver Begleitung.

Literatur bei der Verfasserin

KERSTIN KOWALEWSKI, M.A., ISPA e.V., Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg,
E-Mail: kerstin.kowalewski@ispa.bunter-kreis.de

EVA WEINBERG, NURA BAGDACH

Intersektionale Frauen*-Mädchen*- Gesundheitsarbeit

In den letzten Jahren hat sich die Situation für Menschen, die von Rassismus betroffen sind, zunehmend zugespitzt. Auch durch Einfluss von Politik und Medien nimmt die Marginalisierung von Menschen, die insbesondere antimuslimischem Rassismus ausgesetzt sind, weiter zu. So stimmten 2018 mehr als die Hälfte aller Deutschen der Aussage zu, dass Muslim*innen



die Zuwanderung nach Deutschland untersagt werden sollte (Leipziger Autoritarismus Studie 2018). Auch die Ergebnisse der Studie »Gesplante Mitte: rechtsextreme Einstellungen in Deutschland 2016« (Friedrich-Ebert-Stiftung) sind erschreckend und bestätigen die Wichtigkeit unserer Arbeit. Menschen, die in Deutschland unter Rassismus leiden, haben unterschiedliche Lebensrealitäten. So machen Menschen, die selbst nach Deutschland migriert sind, andere Diskriminierungserfahrungen, als Menschen, die selbst in Deutschland geboren wurden; Menschen, die freiwillig migriert sind, erfahren anderes als Menschen, die fliehen mussten usw. ... Allein circa 30 Prozent aller Deutschen leiden unter den Auswirkungen von Rassismus, weil ihnen permanent die eigene Zugehörigkeit und das eigene Deutschsein abgesprochen werden. Diese Zahl steigt stetig. Hinzu kommen noch viele weitere in Deutschland lebende Menschen, die keinen deutschen Pass besitzen.

Über die Notwendigkeit von Empowerment, »Critical Whiteness« und der klaren Positionierung gegen (antimuslimischen) Rassismus

Wenn wir ein Leben in Gleichberechtigung anstreben, wie es unser Grundgesetz vorgibt, müssen wir beide Seiten betrachten. Neben Empowerment-Strategien bedeutet das auch eine kritische Auseinandersetzung mit geschichtlichen und individuellen Privilegien des Weißseins. Eine Entwicklung von Privileg-Bewusstsein sowie die »Critical Whiteness« Arbeit sind unumgänglich, wenn wir ein Leben auf Augenhöhe für alle Menschen anstreben. Für die Empowerment-Arbeit muss klar sein, dass Frauen* und Mädchen*, die neben Sexismus auch Rassismus ausgesetzt sind, immer von Intersektionalität betroffen sind. Intersektionalität bedeutet, dass Menschen wegen mehreren verschiedenen Kontexten gesellschaftlich unterdrückt werden. Dabei entstehen Verschränkungen und Wechselwirkungen zwischen den unterschiedlichen Diskriminierungsformen, wodurch Diskriminierung oft schneller und heftiger trifft. Wir freuen uns daher sehr, die erfahrene Empowerment-Trainerin, Expertin für intersektionale Frauen*- und Mädchen*-Gesundheitsarbeit und Geschäftsführerin von Holla e.V., Souzan AlSabah, zu diesem Themenfeld interviewen zu dürfen:

» **Holla e.V.:** Was verstehst du unter Empowerment?

» **Souzan AlSabah:** Empowerment meint Bestärkung und (Selbst)Ermächtigung. Empowerment-Methoden dienen oft der Selbstregulierung für Situationen, in denen Grenzen überschritten und Traumatisierungen getriggert werden. Es sind Formen von Selbstbestärkung und Methoden, die Selbststabilisierung und Heilung unterstützen.

» **Holla e.V.:** Was ist das Besondere an Empowerment für Frauen*, die von antimuslimischem Rassismus betroffen sind?

» **SA:** Ein Ausdruck der Diskriminierung von Frauen* durch anti-muslimischen Rassismus ist die extreme Marginalisierung und das ständige Absprechen der Definitionsmacht; »die muslimische Frau*« ist ständiges Thema und Streitpunkt vielfältiger Diskussionen, dabei wird jedoch stets über sie geredet und ihre Perspektive auf die eigene Lebensrealität als unzureichend erklärt. In Empowerment-Gruppen für diese Zielgruppe erlebe ich oft, dass Gemeinsamkeiten in der Geschichte und der Austausch über ähnliche Erfahrungen sehr unterstützend wirken. Viele berichten von matriarchalen Strukturen innerhalb muslimischer Communities, dem Erleben der Definitionsmacht über den eigenen Körper und eine Form kollektiver Fürsorge, die in Deutschland oft unbekannt ist. Es entstehen Solidaritäten und es wird leichter, eigene Selbstwirksamkeit und Definitionsmacht zu erleben. Das ist sehr besonders an dieser Art von Arbeit.

» **Holla e.V.:** Du hast zahlreiche Empowerment-Methoden entwickelt, was sind besonders wichtige Erkenntnisse, die du dabei gewonnen hast?

» **SA:** Durch meine berufliche Erfahrung sind meine Methoden inspiriert durch Ansätze der Systemischen Therapie und der Hypnotherapie sowie Neuro-Linguistische-Programmierung (NLP) und Transaktionsanalyse auf der einen Seite und aus der Tanz- und Theaterpädagogik auf der anderen Seite. Vieles, was ich heute als Empowerment-Strategie nutze, ist zum Beispiel im arabischen Tanz angelegt. Diese Kombination kommt gut an. Eine der wichtigsten Erkenntnisse für mich ist die Macht des eigenen Körpers. Unser Körper weiß, was wir brauchen, was wir wollen, in welche Richtung wir gehen möchten, mit welchen Menschen wir zusammen sein möchten und mit welchen nicht und es ist wunderbar, wenn wir es schaffen, da mehr auf uns zu hören.

Literatur bei den Verfasserinnen

EVA WEINBERG, NURA BAGDACH, Holla e.V. intersektionales Frauen*- und Mädchen*Gesundheitszentrum, www.holla-ev.de, www.alsabah.de

MELANIE KUBANDT

Geschlecht anerkennen oder vermeiden?! Geschlechterneutralität in der Kita

Laut den Vorgaben des Gemeinsamen Rahmens der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen nimmt eine geschlechtsbewusste pädagogische Arbeit den Charakter einer Querschnittsaufgabe ein. Entsprechend dazu ist in zahlreichen Bildungs-, Erziehungs- und Orientierungsplänen Geschlechtergerechtigkeit ausdrücklich als Querschnittsaufgabe in Kindertageseinrichtungen benannt. Geschlecht wird hierbei oft-

mals im Sinne von Unterschieden und Stärken auf der Ebene zweier Geschlechter zum Thema. Gerade der häufige Rekurs auf die Anerkennung von Verschiedenheit bei Mädchen und Jungen markiert hierbei sowohl eine binäre Geschlechterperspektive als auch eine positive Konnotation von Unterschieden. Gleichzeitig wird Geschlecht zusammen mit weiteren Differenzlinien als Risikofaktor für Benachteiligungen genannt. In diesem Zusammenhang werden Anforderungen an Fachkräfte formuliert, wobei vor allem die Fähigkeit zur Selbstreflexion als zentrales Mittel propagiert wird, um Geschlechtergerechtigkeit zu realisieren. Wie die formulierten Zielvorgaben in der Praxis konkret verwirklicht werden können, lassen die Bildungspläne weitgehend offen. Hier knüpfen Praxisansätze zur Realisierung von Geschlechtergerechtigkeit an.

Praxisansätze zur Realisierung von Geschlechtergerechtigkeit in der Kita

Praxisansätze zu Geschlechtergerechtigkeit in Kindertageseinrichtungen betonen entweder Differenzen oder marginalisieren Unterschiede, um Geschlechtergerechtigkeit anzustreben. Das heißt, dass es zum einen Ansätze gibt, die Geschlechterneutralität anstreben. Zum anderen existieren Ansätze, die Geschlechterdifferenz(en) als wesentliche individuelle und gesellschaftliche Ressource ansehen. Folglich bestehen völlig konträre Vorstellungen von dem, wie Geschlechtergerechtigkeit im Kita-Alltag realisiert werden kann: entweder Unterscheidungen vermeiden oder Unterschiede, die man als gegeben sieht, spezifisch anerkennen. Nur selten werden beide Positionen zusammen gedacht. Eine geschlechterneutrale Haltung ist dann problematisch, wenn es sich mehr um eine politisch korrekte als um eine fachlich motivierte Haltung handelt. So zeigen aktuelle Interview- und Beobachtungsstudien, dass Fachkräfte im pädagogischen Alltag häufig auf das Motto »Geschlecht ist bei uns kein Thema, wir behandeln sowieso alle gleich« rekurrieren. In diesem Zusammenhang konnte rekonstruiert werden, dass die Einnahme einer solchen Haltung oftmals dem Sachverhalt geschuldet ist, dass pädagogische Fachkräfte entsprechend der bildungspolitischen Vorgaben – also sowohl geschlechtliche Unterschiede anerkennen als auch Stereotype vermeiden – verunsichert sind, was einen angemessenen Umgang mit Geschlecht in der Kita kennzeichnet. Denn die Frage, wann Geschlecht als Differenzlinie zum Thema werden darf und wann nicht, ist im Alltag schwer zu beantworten.

»Fazit«: Geschlechterneutralität in der Kita als Fallstrick für unsichtbare Stereotypisierungen

Eine vermeintlich korrekte Haltung wie »wir behandeln alle gleich« hilft nicht, denn sie negiert unter anderem, wie wichtig geschlechtliche Orientierungen (auch jenseits von Zweigeschlechtlichkeit!) etwa für die Identitätsbildung von Kindern und deren psychische Gesundheit sein können. Werden geschlechtliche Bedeutungen im pädagogischen Alltag negiert beziehungsweise eine vermeintlich geschlechterneutrale Haltung eingenommen, besteht zudem die Gefahr, dass geschlechtliche Stereotypisierungen im Reden zwar nicht mehr sichtbar werden, aber nach wie vor im Umgang mit Kindern. Blinde Flecken aufseiten pädagogischer Fachkräfte können dann dazu führen, dass eine vermeintliche Geschlechterneutralität letztlich dazu führt, dass Stereotype unbewusst verstärkt werden. Wetterer spricht hierbei von einer »rhetorischen Modernisierung«, also davon, dass sich zwar am Reden etwas



ändert, aber die Praxis von (unbewussten) Stereotypisierungen durchdrungen bleibt. Im Kontext von Geschlechtergerechtigkeit ist darüber hinaus nicht erst seit der Änderung des Personenstandsgesetzes sowohl bildungspolitisch als auch pädagogisch eine differenziertere Auseinandersetzung mit Themen wie unter anderem Inter- und Transsexualität notwendig. Dazu zählt auch das kritische Hinterfragen der gesellschaftlich nach wie vor dominanten Folie der Zweigeschlechtlichkeit – auch in der Kita.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. MELANIE KUBANDT, Universität Vechta, Fakultät I – Bildungs- und Gesellschaftswissenschaften: Erziehungswissenschaften, Neuer Markt 16, 49377 Vechta, E-Mail: melanie.kubandt@uni-vechta.de

INTERVIEW

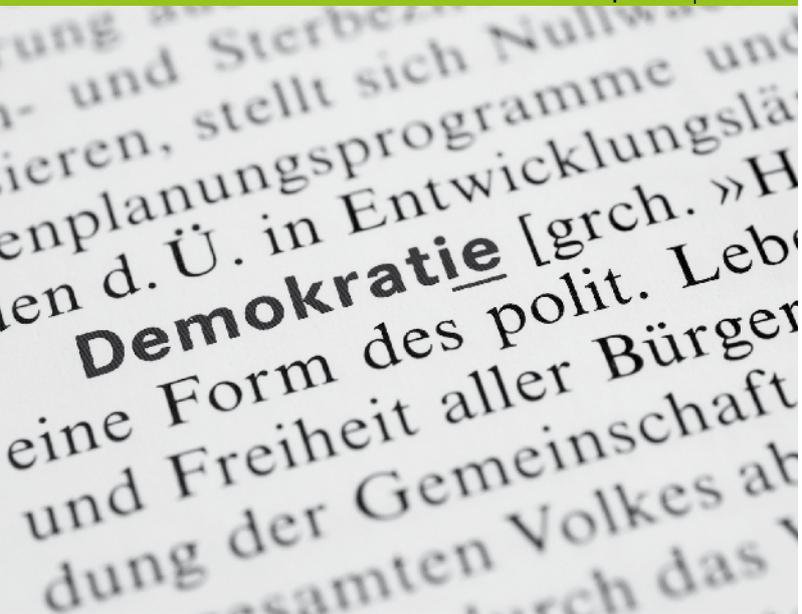
KonterBUNT – Einschreiten für Demokratie

mit Frau Dr. Daniela Kallinich, Referentin der Niedersächsischen Landeszentrale für politische Bildung, über den Hintergrund der Applikation, geführt von Ruben Vormeier für die LVG & AFS

Die Applikation »KonterBUNT« wurde von den Landeszentralen für politische Bildung Niedersachsen und Sachsen-Anhalt sowie zahlreichen weiteren Kooperationspartner*innen entwickelt, um sich im Alltag gegen Stammtischparolen zu wappnen.

» LVG & AFS: Wie sind Sie auf die Idee der KonterBUNT-App gekommen? Welche Intention steckt dahinter?

» Fr. Dr. Kallinich: Ob im privaten, beruflichen, schulischen oder ehrenamtlichen Kontext: Eine gute Vorbereitung hilft, um im richtigen Moment gegen Stammtischparolen einzuschreiten. Als Stammtischparolen bezeichnet man in der Regel selbstgerechte, selbstherrliche, oft rassistische oder fremdenfeindliche Aussagen. Häufig kommen sie überraschend und unerwartet und werden fast diktatorisch vorgetragen. Es steckt also nicht die Absicht einer Diskussion dahinter. Wer sich bereits mit solchen Situationen beschäftigt und über mögliche Reaktionen und Antworten nachgedacht hat, findet auch leichter eine passende Erwiderung. KonterBUNT ermöglicht eine niedrigschwellige und spielerische Auseinandersetzung



zung mit Stammtischparolen, in Form von Übungen zur Gegenargumentation oder auch Argumentationsstrategien. Ohne Vorwissen und völlig ortsunabhängig stellt die App einen ersten Zugang zum demokratischen Widerspruch dar. Wir wissen: Das »Daddeln« am Handy, das kurze Nachlesen am Bildschirm, kann ein intensives Argumentationstraining nicht ersetzen. Aber das ist auch nicht das Ziel.

KonterBUNT liefert kein »Rezept«, um Menschen, die niveaulose, polternde und/oder wenig durchdachte Parolen von sich geben, vom Gegenteil zu überzeugen. KonterBUNT ist auch keine Empowerment-App, mit Tipps für Betroffene von Vorurteilen oder menschenverachtenden Aussagen. Vielmehr gilt es, diese nicht unkommentiert stehen zu lassen. Potenziell Betroffenen wird signalisiert, dass sie nicht allein sind und dass nicht alle Anwesenden die vorurteilsbehaftete Meinung teilen. Unentschiedenen Zuhörer*innen wird verdeutlicht, dass die jeweilige Aussage problematisch ist und nach Widerspruch verlangt. Indem sie Menschen, die einschreiten möchten, unterstützt, trägt die App zu einem demokratischen Miteinander bei.

Wissenschaftliche Untersuchungen und Alltagserfahrungen von Betroffenen zeigen, dass Abwertung und Diskriminierung von Menschen allein aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe weitverbreitet sind. Das heißt, dass Menschen aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit von anderen abgewertet, diskriminiert und ausgegrenzt werden. Die Person wird dann nicht auf Basis ihrer persönlichen Eigenschaften, sondern »nur« anhand zugeschriebener Vorurteile gegenüber einer Gruppe, der sie zugeordnet wird, bewertet. Solche Stereotypisierungen können vom Entindividualisieren bis zur Entmenschlichung jeglicher Menschen/-gruppen reichen.

» LVG & AFS: Welche möglichen Folgen haben Stammtischparolen auf uns und unsere Psyche?

» Fr. Dr. Kallinich: Wer Stammtischparolen äußert, ist davon überzeugt, eine Mehrheitsmeinung beziehungsweise den »gesunden Menschenverstand« auszudrücken. Obwohl wir im Alltag häufig in Form von Antisemitismus, Sexismus und Behindertenfeindlichkeit damit konfrontiert werden, zeigen wissenschaftliche Untersuchungen auch, dass sie von der gesellschaftlichen Mehrheit eigentlich abgelehnt werden. Stammtischparolen lösen bei den meisten Menschen Emotionen aus: Während sie bei einigen womöglich auf Zustimmung stoßen, fühlen sich viele andere unwohl, abgestoßen oder zumindest

unsicher, wie mit solchen Aussagen umzugehen ist. Das liegt unter anderem daran, dass Stammtischparolen ausgrenzen und voller Hass sind, wie der Experte Prof. Hufer festgestellt hat.

Somit führen die Parolen nicht nur dazu, dass sich Unbeteiligte irritiert oder gar abgestoßen fühlen, sondern schlimmer noch, zu einer hohen psychischen Belastung für die Adressat*innen dieser diskriminierenden Äußerungen. Studien haben gezeigt, dass Diskriminierungserfahrungen sich sehr negativ auf die psychische Gesundheit Betroffener auswirken können: Von geringem Selbstwertgefühl über Stresserkrankungen bis hin zu Depressionen können sie unterschiedliche Krankheiten auslösen.

Dies ist ein weiterer Grund dafür, warum sich das Einschreiten lohnt. Wenn die Person, die die Parole äußert, auch nicht überzeugt werden kann, so wird möglicherweise Betroffenen immerhin signalisiert, dass die Parole nicht mehrheitsfähig ist. Es zeigt sich also, dass es viele Gründe gibt, bei Stammtischparolen einzuschreiten und für eine demokratische Gesellschaft Stellung zu beziehen.

» LVG & AFS: Vielen Dank für das Interview!

Literatur bei der Verfasserin

DR. DANIELA KALLINICH, Niedersächsische Landeszentrale für politische Bildung,
E-Mail: daniela.kallinich@lpb.niedersachsen.de

ISABELLE RUDOLPH, TANJA SÄDTLER,
THERESA VANHEIDEN

Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen Fördermöglichkeiten und Praxisbeispiele

Seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 können (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen bundesweit Anträge zur Förderung der Gesundheit und Prävention ihrer Bewohner*innen/Gäste bei Pflegekassen stellen. Mit diesem Gesetz haben die gesetzlichen Pflegekassen den Auftrag erhalten, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohner*innen/Gäste in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu fördern. Rahmengebend für Maßnahmen, die sich über das Präventionsgesetz finanzieren lassen, ist der Leitfaden »Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI« des GKV-Spitzenverbandes, in dem Ein- und Ausschlusskriterien sowie Handlungsfelder für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Bewohner*innen/Gäste definiert sind. Schlüsselkriterien sind das Anstreben eines partizipativen Organisationsentwicklungsprozesses sowie die Einbettung der Maßnahmen in ein Gesamtkonzept, um die Vorhaben systematisch und nachhaltig in dem Einrichtungsalltag zu etablieren. Zentral ist das gemeinsame Gestalten des gesamten Prozesses, von der Bedarfs- und Ressourcenanalyse über die Maßnahmenplanung und -umsetzung bis hin zur Evaluation.

Unterstützungen im Rahmen des Projektes

»Leben in Balance«

Das noch bis zum 31.12.2020 laufende Kooperationsprojekt »Leben in Balance« der AOK Niedersachsen, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau und der LVG & AFS unterstützt interessierte (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen bei der Ideenfindung, Konzipie-

zung und Antragsstellung mit Blick auf die Förderung der psychosozialen Gesundheit von Bewohner*innen / Gästen. Kern der Beratung ist es, eine finanzielle Bezuschussung guter Projekte durch die Pflegekassen zu ermöglichen und für das Thema zu sensibilisieren. Der Eintritt in eine Pflegesituation stellt für jeden Menschen ein potenziell kränkendes Lebensereignis dar, das die/den Betroffene*n mit den eigenen (körperlichen) Grenzen und der zunehmenden Abhängigkeit konfrontiert. Etwa 60 Prozent aller Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen leiden an psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Demenz, Sucht oder Angststörungen. Diese Fakten zeigen deutlich, dass die psychosoziale Gesundheit enorme Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden hat. Die geplanten Maßnahmen können auf die Reduzierung von psychischen Belastungsfaktoren der Bewohner*innen/Gäste und / oder auf die Förderung von psychischen Ressourcen, wie zum Beispiel der Resilienzfähigkeit sowie des Empfindens von Lebenssinn, abzielen. Zentrale Einflussfaktoren, die sich positiv auf die psychosoziale Gesundheit auswirken, sind im Allgemeinen die Möglichkeiten, selbstbestimmt zu entscheiden, die eigene Identität leben zu können und Selbstwirksamkeit zu erleben. Außerdem sind die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und die Pflege von sozialen Beziehungen wichtige Faktoren. Zusätzlich und unabhängig von der Antragsberatung werden Fortbildungen für Leitungskräfte, Pflege- und Betreuungskräfte (53c SGB XI) sowie für sozialpädagogische, therapeutische und weitere Berufsgruppen der (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zu Themen der psychosozialen Gesundheit durch die LVG & AFS angeboten.

Praxisbeispiele

Bisher wurden Konzepte gefördert, die das (Er-)Leben in der Gemeinschaft und die eigenen Fähigkeiten fördern, wie etwa Angebote zum Sitz-Tanz, eine Kochinsel zur Beteiligung und Zusammenbringen verschiedener Bewohner*innengruppen zum Thema Genuss sowie Projekte im Bereich Garten(-nutzung). Auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben außerhalb der Einrichtung wurde ermöglicht, indem trotz Einschränkungen Fahrradtouren in kleinen Gruppen umgesetzt und gefördert wurden. In Kunst- und Kulturprojekten konnten die Bewohner*innen/Gäste kreativ werden, durch Ausstellungen ihre eigene Kunst sichtbar machen und eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls erfahren. Zudem sind Fortbildungen für Mitarbeitende zu psychischen Krankheitsbildern, Kommunikationsthemen, Clownerie oder sinnstiftenden Aktivitäten innerhalb der unterschiedlichen Konzepte förderbar.

Am Projekt interessierte Einrichtungen können gerne unter (05 11) 21 55 99 02 Kontakt mit uns aufnehmen.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift siehe Impressum



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31

E-Mail: info@gesundheits-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **Folgen Sie uns auf Twitter:** @LVGundAFS

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Ilka-Marina Meyer, Stephanie Schmitz, Lennart Semmler, Dr. Ute Sonntag, Ruben Vormeier, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Yvonne Adam, Thomas Altgeld, Nura Bagdach, Carolin Böhmig, Laura Daedelow, Bianca Dahlke, Christina Derksen, Prof. Dr. Nico Dragano, Marie-Kristin Dunker, Dr. Florian Fischer, Nike Julia Frey, Dr. Birte Gebhardt, Svea Gille, Dr. Moritz von Gliszczynski, Sophia Gottschall, Michael Groothues, Angelika Hardenberg-Ortmann, Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Anne Hinneburg, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Dr. Alessa Jansen, Dr. Daniela Kallinich, Franziska Keller, Prof. Dr. Heiner Keupp, Dr. Johannes Klein-Heßling, Prof. Dr. Petra Kolip, Kerstin Kowalewski, Prof. Dr. Melanie Kubandt, Prof. Dr. Herbert Kubicek, Prof. Dr. Sonia Lippke, Katharina Lis, Sandra Pape, Prof. Dr. Peter Paulus, Dr. Maren Preuß, Susan Radant, Yvonne Ramus, Doris Reisacher, Prof. Dr. Kneginja Richter, Isabelle Rudolph, Tanja Sädtler, Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Tobias Staiger, Janna Stern, Janine Sterner, Kristina Supper, Dr. Ines Thonke, Petra Tiemann, Mareike Timmann, Theresa Vanheiden, Ruben Vormeier, Eva Weinberg, Prof. Dr. Lukas Windlinger

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 106: 17.01.2020

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 10.000

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © adobe.stock.com / © fotomek

» **Fotos:** © adobe.stock.com: © Thomas Reimer (S. 2), © godfer(S. 5), © puhha (S. 6), © Rawpixel.com (S. 9), © Ana Blazic Pavlovic (S. 10), © robsonphoto (S. 11), © perfectlab (S. 13), © Ramona Heim (S. 14), © designer491 (S. 16), © pingpao (S. 21), © Drobot Dean (S. 22), © Syda Productions (S. 23), © VRD (S. 24), © sebra (S. 26), © Photographee.eu (S. 29), © Piman Khrutmuang (S. 30)

» **Liebe Leser*innen,** wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der Impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheits-nds.de widersprechen.

» Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.



Die Digitale Transformation der Pflege

In Zeiten wachsenden Personalmangels ergeben sich mit digitalen Ansätzen wie »Smart Services« und »Ambient Assisted Living« neue Möglichkeiten in der Pflege. Zukunftsforscher*innen sind sich einig, dass digitale Technologien in diesem Bereich in den nächsten Jahren einen immensen Bedeutungszuwachs erfahren. Dabei steht nicht mehr primär die technische Umsetzung, sondern die Akzeptanz und Finanzierung im Fokus. Dieser facettenreiche Sammelband betrachtet Anwendungsfelder, Herausforderungen, aber auch Grenzen der Digitalisierung in der Pflege. Aufgezeigt werden Entwicklungsperspektiven durch IT-gestützte Entlassmanagementsysteme, Robotik und künstliche Intelligenz in der Pflegedokumentation. Auch Fragen des Datenschutzes, Anforderungen an das Changemanagement in Pflegeeinrichtungen oder ethische Dimensionen dieser Transformationsprozesse werden kritisch betrachtet. (mp)

ARNO ELMER, DAVID MATUSIEWICZ (HRSG.): Die Digitale Transformation der Pflege. Wandel. Innovation. Smart Services. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2019, 323 Seiten, ISBN 978-3-95466-404-7, 29,95 Euro

Handbuch Armut

Dieses Handbuch verfolgt das Ziel, einen breiten Leser*innenkreis – von Studierenden über Lehrende bis zu Praktiker*innen – grundlegend zum gesellschaftlich kontrovers diskutierten Thema Armut zu informieren. Wie sprechen wir über Armut? Was wissen wir über Armut? Wie bearbeiten wir Armut? Diese drei umfassenden Fragenstellungen werden mittels übersichtlich angeordneter Artikel von Autor*innen mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen besprochen. Dabei kommt eine Vielzahl wesentlicher Aspekte von Armut zur Sprache, so beispielsweise Armutskonzepte und -messungen, Diskurse, aktuelle Daten- und Faktenlagen sowie mögliche Ansätze der Armutsbekämpfung. Aufgrund der Breite und Aktualität des Gesamtwerkes ist dieses Handbuch grundsätzlich für jede*n lesenswert, der*die sich vertiefend mit dem Thema Armut beschäftigen will. Fachliches Vorwissen zur Thematik ist für das Verständnis einiger Artikel von Vorteil. (mvg)

PETRA BÖHNKE, JÖRG DITTMANN UND JAN GOEBEL (HRSG.): Handbuch Armut. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Toronto, 2018, 366 Seiten, ISBN 978-3-8252-4957-1, 29,99 Euro

Die Vermessung der Psychiatrie

Weinmann befasst sich in seinem Buch kritisch mit Täuschungen von Professionellen und Behandelnden in der Psychiatrie sowie Verzerrungen in der psychiatrischen Behandlung. Er richtet sich an alle im psychiatrischen Arbeitsfeld Tätigen und fokussiert schwere psychiatrische Krankheitsbilder. Neben den rein »biologischen Ansätzen« der Krankheit wird auf Behandlungsalternativen hingewiesen und andere Blickwinkel auf die Thematik beleuchtet, um Vorurteile aufzuzeigen sowie kritische Auseinandersetzungen anzuregen. Dabei werden bewusste Täuschungen (pharmazeutisch) und Selbsttäuschungen psychiatrisch Tätiger diskutiert. Neue Denkanstöße sollen einen Perspektivwechsel im psychiatrischen Versorgungssystem ermöglichen. Der Autor stellt diese Disziplin als reine Naturwissenschaft infrage und empfiehlt eine zusätzliche geisteswissenschaftliche Betrachtung. (yvr)

STEFAN WEINMANN: Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets. Psychiatrie Verlag, Köln, 2019, 283 Seiten, ISBN 978-3-88414-931-7, 25,00 Euro

Die Jugendlichen und ihr Verhältnis zum Körper

Die Autorin beleuchtet unterschiedliche Sichtweisen Jugendlicher zu ihrem Körper und bezieht dabei empirische Studien, autobiografische Schilderungen und Zitate aus Online-Beratungsforen ein. Dadurch lassen sich das Erleben körperlicher Veränderungen in der Pubertät, die Thematisierung von Sexualität und die gesellschaftliche Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit bildlich sowie aus Sicht der Jugendlichen selbst beschreiben. Darüber hinaus wird der Stellenwert von »Peergroups« hinsichtlich körperlicher Anerkennung und Abwertung sowohl im realen als auch im virtuellen Setting behandelt. Verständlich geschrieben, richtet es sich an alle Interessierten des Themenbereiches. (krs)

KARIN FLAAKE: Die Jugendlichen und ihr Verhältnis zum Körper. Das Jugendalter. Kohlhammer, Stuttgart, 2019, 246 Seiten, ISBN 978-3-17-029767-8, 29,00 Euro

Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie

Obwohl es bereits seit über 150 Jahren eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie gibt, fehlt in diesem Bereich eine Forschung, die sowohl Wirkungen als auch mögliche Nebenwirkungen beleuchtet. Die Interaktion zwischen Therapeut*innen und Patient*innen birgt auch Risiken, die nicht außer Acht zu lassen sind. Anhand verschiedener Beiträge erschließen die Autor*innen die Thematik rund um Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie aus unterschiedlichen Perspektiven. Auch das dialektische Verständnis von Therapie wird neben den Aspekten der unterschiedlichen unerwünschten Wirkungen aufgegriffen. Das Buch wendet sich an Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen und möchte zu einer offenen und sachlichen Diskussion des Themas beitragen. (sr)

MICHAEL LINDEN, BERNHARD STRAUSS (HRSG.): Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2. aktualisierte Auflage 2018, 201 Seiten, ISBN 978-3-95466-400-9, 34,95 Euro

Kommunalpolitik

Kommunalpolitik findet vor der Haustür statt und betrifft Bürger*innen in ihrem direkten Lebensumfeld. Keine andere politische Ebene ist so nah an der Bevölkerung wie die kommunale Ebene der Landkreise, Städte und Gemeinden. Wie wirken sich globale Herausforderungen auf die Politik vor Ort aus? Welche »Spielregeln« existieren in einer Gemeinde? Wie läuft Kommunalpolitik ab und wie funktioniert das Zusammenspiel aller Akteur*innen vor Ort? Neben der Beantwortung dieser Fragen stellt der Autor die sehr facettenreichen Aufgaben von Kommunen, die lokalen Akteur*innen sowie kommunalpolitische Abläufe und Prozesse ausführlich dar. Der übersichtliche Aufbau des Buches, das durch ein Glossar am Ende abgerundet wird, sowie die zahlreichen Leseempfehlungen gestalten es zu einem nützlichen und kompakten Nachschlagewerk für alle an kommunalpolitischen Fragen Interessierten. (sg)

SIEGFRIED FRECH: Kommunalpolitik – Politik vor Ort. Kohlhammer, Stuttgart, 2018, 134 Seiten, ISBN 978-3-17-032393-3, 19,00 Euro

Deutschland ist gerechter als wir meinen

Weniger Empörung und »Niedergangsdiskurs«, dafür mehr nüchterne Analyse und lösungsorientierte Politik fordert der Volkswirt und ehemalige Generalsekretär des Caritasverbandes. Georg Cremer nimmt die Frage der Gerechtigkeit der sozialen Verhältnisse in Deutschland genau unter die Lupe. Aufgeteilt in drei Abschnitte werden zunächst weitverbreitete Stimmungen und Ansichten in Deutschland beschrieben, denen im zweiten Teil mit Statistiken und Rechenbeispielen entlang der einzelnen Sozialsysteme begegnet wird. Der finale Abschnitt zeigt Wege auf, in welchen Bereichen der Sozialstaat nachgebessert werden müsste und wie dem Reformbedarf begegnet werden könnte, um den Diskurs zur Chancengerechtigkeit zu erweitern und sich dem Ideal der Gerechtigkeit weiter anzunähern. Eine aufschlussreiche Lektüre für alle, die sich kritisch mit Fragen zur sozialen Gerechtigkeit in Deutschland auseinandersetzen. (sg)

GEORG CREMER: Deutschland ist gerechter als wir meinen. Eine Bestandsaufnahme. Verlag C. H. Beck, München, 2018, 272 Seiten, ISBN 978-3-406-72784-9, 16,95 Euro

Archiv für Sozialgeschichte LVII

Die Reihe »Archiv für Sozialgeschichte« gewährt Einblicke in die sozialgeschichtlichen Probleme Deutschlands vor und im Kontext der Veränderungen in Europa und auf anderen Kontinenten. Der 57. Band der Reihe widmet sich der Aufgabe, theoretische Erklärungen des Wandels zusammenzutragen, Erkenntnisse zu analysieren und einen wissenschaftlichen Ertrag für Forschungen abzuwägen. Von Beiträgen zum Rahmenthema »Gesellschaftswandel und Modernisierung 1800–2000« bis hin zu Forschungsberichten und Sammelrezensionen entsteht in dieser Ausgabe ein Nachschlagewerk für konzeptionelle Überlegungen, das es auch zulässt, die Thematiken hinsichtlich regionaler Besonderheiten und Dynamiken gesellschaftlicher Teilbereiche zu betrachten und zu analysieren. (pet)

FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG (HRSG.): Archiv für Sozialgeschichte LVII. Gesellschaftswandel und Modernisierung. J.H.W. Dietz Nachfolger, Bonn, 2018, 588 Seiten, ISBN 978-3-8012-4245-9, 68,00 Euro

Improvisation und Storytelling in Training und Unterricht

Die Autorin stellt in ihrem Buch die Möglichkeiten der Improvisation und des Storytellings für Trainings und Unterricht dar. Dabei richtet sich das Buch gleichermaßen an Alltagskünstler*innen, Dozent*innen, Trainer*innen und Lehrer*innen. Nach einer Einführung in Improvisationstheater sowie Improvisation in Training und Unterricht wird anschaulich dargestellt, welche Übungen und Methoden sich in Training und Unterrichtsalltag bewährt haben. Das Kapitel Storytelling zeigt, wie Metaphern und Bildsprache Lerninhalte, Informationen und Botschaften kreativ und nachhaltig vermitteln können. Dieses Buch ist ein Praxisleitfaden, der Mut macht, den Schritt ins Ungewisse zu wagen und neue Methoden in Unterricht und Training einzusetzen. (mat)

SANDRA MASEMANN: Improvisation und Storytelling in Training und Unterricht. Beltz Verlag, Weinheim, 2. aktual. und erw. Auflage, 2017, 258 Seiten, ISBN 978-3-407-36626-9, 39,95 Euro

Wir reden zu wenig!

Der Autor stellt in seinem Buch dar, welche verschiedenen Herausforderungen für die Sexualität von Erwachsenen in der gegenwärtigen Gesellschaft prägend sind. Er vertritt die Ansicht, dass die mediale Dauerpräsenz von Sexualität und die Darstellung idealer Körper neue Leistungszwänge schafft. Sexuelle Bildung hat daher zur Aufgabe, die lebenslange sexuelle Entwicklungsfähigkeit des Menschen nicht unter der Perspektive der perfekten Sexualität aufzugreifen, sondern vielmehr die positiven gestalterischen Möglichkeiten anzunehmen. Das Buch beinhaltet einen Appell an die emanzipatorische Bildungsarbeit, um Missverständnisse abzubauen und jedem Individuum, insbesondere im Erwachsenenalter, eine reflektierende Blickweise auf alle Facetten der Sexualität ermöglichen zu können. Ergänzt wird dieser Aspekt durch die Darstellung drei verschiedener Konzepte zur sexuellen Bildung. (sr)

RALF PAMPEL: Wir reden zu wenig! Angebote zur sexuellen Bildung Erwachsener. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2019, 121 Seiten, ISBN 978-3-8379-2860-0, 16,90 Euro

Empowerment und Exklusion

»Wer von Empowerment redet, darf Exklusion nicht verschweigen.« Mit dieser Aussage lenken die Autor*innen den Blick auf das enge Verhältnis beider Themen mit dem Fokus auf »Behinderung« und »psychische Erkrankung«. Diese Perspektive soll sich bewusst einer wirtschaftlichen und sozialen Betrachtung entziehen und ethische Fragen in den Mittelpunkt stellen. Dabei setzen sich die Autor*innen mit den durch die Globalisierung produzierten Armuts- und Ausgrenzungsrisiken auseinander und beschäftigen sich unter anderem mit den Konsequenzen und Ansprüchen des Empowerment-Ansatzes. Abschließend wird die Praxis der Befreiung aufgegriffen. Das Buch richtet sich an Fachkräfte der Sozialen Arbeit und Behindertenpädagogik und eignet sich, um das eigene Handeln und Denken kritisch zu reflektieren. (njf)

THOMAS HOFFMANN, WOLFGANG JANTZEN, URSULA STINKES (HRSG.): Empowerment und Exklusion. Zur Kritik der Mechanismen gesellschaftlicher Ausgrenzung. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2018, 409 Seiten, ISBN 978-3-8379-2767-2, 44,90 Euro

Resilienz in der Pflege

Welche Haltung benötigen Pflegekräfte in der Arbeit mit Pflegebedürftigen? Die Basis für eine Haltung, bestehend aus innerer Stärke, Selbstliebe und Selbstbewusstsein, stellt die Resilienz dar. Das Buch arbeitet dieses Konzept Schritt für Schritt heraus und zeigt auf, wie Pflegekräfte die eigene Widerstandsfähigkeit stärken können. Durch die Einbettung von Übungen sowie persönlichen und beruflichen Erfahrungen gelingt der Autorin ein spielerischer Übergang von Theorie zur Praxis. Auf einfühlsame Art und Weise sensibilisiert das Buch Fachkräfte aus der Pflege für eine reflexive Auseinandersetzung mit der Thematik. (dor)

GABRIELA KOSLOWSKI: Resilienz in der Pflege. Sie sind stärker als Sie glauben. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2018, 196 Seiten, ISBN 978-3-89993-986-6, 26,95 Euro

Chancen und Risiken digitaler Medien für Kinder und Jugendliche

Aufwachsen in einer digitalen Welt? Für Kinder und Jugendliche ist das heutzutage selbstverständlich. Um auch als Erwachsene*r diese Welt zu verstehen und Kinder und Jugendlichen bei einem kompetenten Umgang mit digitalen Medien zu unterstützen, bietet dieser Ratgeber eine praxisnahe Hilfestellung. Neben einer Zusammenfassung zur aktuellen Mediennutzung werden sowohl Risiken (wie beispielsweise Cybermobbing) als auch Potenziale von digitalen Medien für Heranwachsende kompakt, wissenschaftlich fundiert und abseits von populären Meinungen gegenübergestellt. Diesen Überblick ergänzen zahlreiche Links zu weiterführenden Informationen und Angeboten sowie ein kurzes Kapitel mit praktischen Tipps zur Vermittlung von Medienkompetenz für Eltern und Pädagog*innen. (sp)

CHRISTIANE EICHENBERG, FELICITAS AUERSPERG: Chancen und Risiken digitaler Medien für Kinder und Jugendliche. Ein Ratgeber für Eltern und Pädagogen. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2018, 178 Seiten, ISBN 978-3-8017-2647-8, 16,95 Euro

Schulprobleme und Schulabsentismus

Der Autor bildet das komplexe Problemfeld Schulabsentismus in all seinen Facetten ab und bietet Anregungen für die Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld. Dem Schulabsentismus vorausgehend sind Schulprobleme und damit einhergehend Schulphobie, -angst und -schwänzen Auslöser für das Fernbleiben der Schüler*innen. Rotthaus stellt nach einer umfassenden Erklärung der einzelnen Phänomene interessante Beispiele aus der systemischen Therapie vor und beschreibt konkrete Fallbeispiele. Für die mitbetroffenen Elternhäuser und Schulen werden Konzepte für eine Reaktion auf den Schulabsentismus angeboten. Obwohl sich das Buch in erster Linie an (Kinder-)Psychotherapeut*innen, Schulpsycholog*innen, Lehrkräfte und Kinderärzt*innen richtet, erweist es sich auch für familiär Betroffene als hilfreich. (krs)

WILHELM ROTTHAUS: Schulprobleme und Schulabsentismus. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2019, 255 Seiten, ISBN 978-3-8497-0268-7, 34,95 Euro

Sucht und Abhängigkeit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die Komplexität des Themas Sucht und Abhängigkeit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird in diesem Werk aus interdisziplinärer Perspektive dargestellt. Die Herausgeber*innen bieten hiermit eine Grundlage für Praktiker*innen aus der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, in medizinischen Institutionen sowie in der medizinischen Rehabilitation. Gut strukturiert wird dargestellt, wie sich die Lebensperspektive von Betroffenen und ihren Familien, die nicht mehr kompensierbaren Belastungen ausgesetzt sind, unterstützen lässt. Dabei wird Wissen auf den Ebenen von Grundlagen, spezifischen Aspekten des Themas sowie Interventionsmöglichkeiten vermittelt. (mkd)

RUTHARD STACHOWSKA, CHRISTOPH MÖLLER (HRSG.): Sucht und Abhängigkeit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ein Grundlagenwerk für die therapeutische Praxis. Asanger Verlag, Kröning, 2018, 524 Seiten, ISBN 978-3-89334-627-1, 49,50 Euro

Perfektionismus

Vom normalen wie neurotischen, vom positiven wie negativen, vom gesunden wie ungesunden Perfektionismus: Dieser Ratgeber beschreibt Entstehung, Chancen und Risiken perfektionistischer Tendenzen. Auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauend wird vermittelt, welche psychologischen Prozesse dazu führen, dass der eigene Anspruch zur Belastung werden kann. Die Autorinnen geben Denkanstöße und zeigen Übungen zur Selbsthilfe auf, wie man den eigenen Perfektionismus besser verstehen und einen gesunden Umgang mit hohen Ansprüchen erlernen kann. Durch eine umfassende Download-Sammlung wird der lesenswerte Ratgeber praktisch ergänzt und fördert selbstreflexive Prozesse, wenn man lernen möchte, sich selbst mehr wertzuschätzen, ohne die Erwartungen, dafür perfekt sein zu müssen. (jst)

CHRISTINE ALTSTÖTTER-GLEICH, FAY C. M. GEISLER: Perfektionismus. Mit hohen Ansprüchen selbstbestimmt leben. BALANCE Buch + Medien Verlag, 2018, 160 Seiten, ISBN 978-3-86739-165-8, 16,00 Euro

Jungen fördern in der Schule

Das praktische Lehrerhandbuch bietet konkrete Vorschläge, die das Schulleben einfacher machen können. Neben institutionellen Veränderungen, wie beispielsweise dem Männerlehrermangel entgegenzuwirken, wird der Blick auch auf die persönliche Beziehung zwischen Lehrkraft und Junge oder auf allgemeine Männlichkeitsbilder in der Schule gelenkt. Mithilfe von Assoziationsübungen können Lehrkräfte sich mit beispielhaften Situationen aus dem Schulalltag befassen und diesen zukünftig mit vorgeschlagenen Partnerübungen begegnen. Zusätzlich wird ein Fokus auf die eigene Haltung gegenüber Jungen gelegt, damit sich vorgefertigte Meinungen nicht verfestigen und Ursache (und nicht Ergebnis) für schlechtere Leistungen sein können. (krs)

REINHARD WINTER: *Jungen fördern in der Schule. Spickzettel für Lehrer.* Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2018, 101 Seiten, ISBN 978-3-8497-0248-9, 9,95 Euro

Gesundheit und Arbeit 4.0

Die fortschreitende Entwicklung digitaler Arbeitsfelder schafft neben Prozessoptimierungen auch neue Herausforderungen im Personalmanagement. Besonders im Gesundheitsmanagement entstehen neue Aufgabenfelder bezüglich psychischer und physischer Gesundheit von Mitarbeitenden. Der Ratgeber erläutert zunächst auf theoretischer Ebene, welche Veränderungen die Digitalisierung im Gesundheitsmanagement bewirken kann. Anschließend geben die Autor*innen einen Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse. Den Abschluss bilden praxisnahe Lösungsansätze, die durch anschauliche Beispiele des Gesundheitsmanagements konkretisiert werden. Das Werk ist übersichtlich aufgebaut und veranschaulicht theoretische Inhalte. Es richtet sich an ein Fachpublikum aus den Bereichen Personalmanagement und betriebliches Gesundheitsmanagement. (yvr)

DAVID MATUSIEWICZ, VOLKER NÜRNBERG, STEPHANIE NOBIS (HRSG.): *Gesundheit und Arbeit 4.0. Wenn Digitalisierung auf Mitarbeitergesundheit trifft.* Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2018, 495 Seiten, ISBN 978-3-86216-413-4, 79,99 Euro

Sozialarbeit mit Krebskranken

Vor über 100 Jahren begannen Ärzt*innen der Charité, sich mit den immer stärker ins Blickfeld geratenden Krebserkrankungen zu befassen. Peter Reinicke spannt in seinem Buch den Bogen von der organisierten Bekämpfung dieser Krankheit über die Entwicklung der Krankenhausfürsorge bis hin zur Entstehung von Selbsthilfegruppen, um schließlich mit einem kurzen Blick auf den nationalen Krebsplan 2008 zu enden. In einigen Passagen arbeitet er die impulsgebenden Frauen und Männer heraus, die den Zusammenhang zwischen medizinischer Versorgung und Gewichtung psychosozialer Aspekte erkannt haben, um Heilungschancen zu verbessern. Dieses Buch stellt sehr anschaulich dar, wie der Aufbau der Krebsfürsorge und damit auch eine bis dahin unbekannte Intensität der Zusammenarbeit von Ärzt*innen, Pflegekräften und Fürsorger*innen gelingen konnte. (pet)

PETER REINICKE: *Sozialarbeit mit Krebskranken. Geschichte und Bedeutung in Deutschland seit 1900.* Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2019, 367 Seiten, ISBN 978-3-863-412-8, 49,95 Euro

Das Manual der Krebsregistrierung

Epidemiologische und klinische Krebsregister hatten in Deutschland in den einzelnen Bundesländern aufgrund unterschiedlicher historischer Entwicklungen sehr heterogene Strukturen. Das Manual der Krebsregistrierung dient nach Verabschiedung des nationalen Krebsplanes im Jahre 2013 der bundesweiten Harmonisierung bei unterschiedlichen Voraussetzungen der Krebsregister. Dieses Buch orientiert sich an dem 2008 entstandenen Manual, das zur Erfassung der Daten für die epidemiologischen Register diente. Für Dokumentationskräfte ist damit ein Nachschlagewerk für die alltägliche Arbeit entstanden. Für die verschiedenen Nutzer*innengruppen bietet es zudem eine Hilfestellung beim Zugang zu krankheitsbildbezogenem Datenmaterial. (pet)

CHRISTA STEGMAIER, STEFAN HENTSCHEL, FERDINAND HOFSTÄDTER, ALEXANDER KATALINIC, ANETT TILLACK, MONIKA KLINKHAMMER-SCHALKE (HRSG.): *Das Manual der Krebsregistrierung.* W. Zuckschwerdt Verlag, München, 2018, 219 Seiten, ISBN 978-3-86371-165-8, 29,95 Euro



Onboarding – Neue Mitarbeiter integrieren

Die erfolgreiche Einführung und Integration neuer Mitarbeiter*innen, auch als »Onboarding« bezeichnet, ist für jedes Unternehmen von zentraler Bedeutung und eine Kernaufgabe der Personalarbeit. Das Werk gibt Personalverantwortlichen einen kompakten Überblick über Möglichkeiten und Strategien, neue Teammitglieder in Unternehmen zu integrieren. Hierfür wird eine Vielzahl an Maßnahmen beschrieben, unter anderem eine realistische Tätigkeitsvorschau, die Verwendung informeller Rekrutierungsmethoden, die Integration durch Vorgesetzte und Kolleg*innen sowie Schulungs- und Orientierungskonzepte, Paten- und Mentoringssysteme, Coaching und Supervision, Traineeprogramme sowie Teamentwicklungsmaßnahmen. Deutlich wird, dass Onboarding schon bei der Rekrutierung beginnt. Grundprinzipien, Wirkmechanismen sowie Evaluationsergebnisse werden beispielhaft auch anhand internationaler Unternehmen wie Google, Netflix und Microsoft vorgestellt. (jst)

KLAUS MOSER, ROMAN SOUČEK, NATHALIE GALAIS, COLIN ROTH: *Onboarding – Neue Mitarbeiter integrieren.* Hogrefe Verlag, Göttingen, 2018, 159 Seiten, ISBN 978-3801728496, 24,95 Euro

Termine LVG & AFS

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.



5. Männergesundheitskonferenz der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Bundesministeriums für Gesundheit

21. Januar 2020, Berlin

Die stärkere Sensibilisierung von Männern für Gesundheit ist nach wie vor ein relevantes Thema. Dabei spielen die Herausforderungen des digitalen Wandels eine zentrale Rolle und werden in Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung von Männern lebhaft diskutiert. Was mit der Vermittlung von Gesundheitsinformationen durch »neue Medien« begann, hat sich zu fundamental neuen Handlungsoptionen für Männer zur aktiven Gestaltung der eigenen Gesundheit entwickelt. Diskutieren Sie auf der 5. Männergesundheitskonferenz mit Expert*Innen anhand aktueller nationaler und internationaler gesundheitspolitischer Entwicklungen und Strategien Fragen zum Thema Chancen und Risiken von digitalen Gesundheitsangeboten.

Niedersächsische Landespflegekonferenz 2020

22. Januar 2020, Hannover

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung stellt eine immense Herausforderung dar. Eine erfolgreiche Bewältigungsstrategie setzt das gemeinsame und abgestimmte Handeln der zentralen Akteur*innen voraus. Gefragt sind integrierte Handlungsstrategien, an deren Erarbeitung Bund, Länder und Kommunen, Kosten- und Leistungsträger, Vertretungen der Pflegekräfte und Pflegebedürftigen aktiv mitwirken. Einen Beitrag dazu werden in diesem Rahmen weiterhin auch die Landespflegekonferenzen leisten, die der Vernetzung und Auslotung von zukunftsweisenden Handlungsstrategien dienen sollen. Die dritte Landespflegekonferenz nimmt die Rolle der Kommunen in den Blick. Als Orte der sozialen Daseinsfürsorge nehmen sie eine besondere Rolle bei der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ein, da in der unmittelbaren Wohnumgebung Lebensverhältnisse konkret gestaltet und Einfluss auf die pflegerische Infrastruktur genommen werden kann.

Wo ein Wille ist, da ist auch ... Gesundheit in der Stadtentwicklung

05. Februar 2020, Hannover

Lebensqualität, Wohlbefinden und Gesundheit sind untrennbar mit der Frage verbunden, wo und wie wir leben. Bei der Gestaltung von gesundheitsfördernden Lebensverhältnissen, eines sozialen Miteinanders, von gutem Wohnen, nachhaltiger Mobilität und Erholungsräumen ist die Kooperation unterschiedlichster Fachgebiete gefragt. Im Fokus dieser Tagung steht die Strategie »Health in All Policies«. An Praxisbeispielen aus der Stadtentwicklung aus Deutschland und den Niederlanden wird aufgezeigt, wie Gesundheit als ressortübergreifende Querschnittsaufgabe verstanden und durch integrierte Strategien als gemeinsames Ziel verfolgt werden kann. Die Tagung richtet sich an Akteur*innen und Entscheidungsträger*innen unterschiedlichster Ressorts von Gesundheit und Soziales, über Stadtentwicklung bis hin zu Umwelt und Verkehr.



Fachtagung: Gesundheitsförderung in Berufsbildenden Schulen

11. Februar 2020, Hannover

Auf dieser Fachtagung soll die Gesundheit von jungen Erwachsenen in den Blick genommen werden. Wie können Berufsbildende Schulen es schaffen, Gesundheitsförderung in den schulischen Alltag zu integrieren und auf die unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnisse der heterogenen Schüler*innenschaft einzugehen? Die Veranstaltung richtet sich an Lehrkräfte aus Berufsbildenden Schulen, (Ausbildungs-) Betriebe und an weitere Interessierte.

2. Versorgungsdialog 2029 – Gesundheit weiter gedacht

19. Februar 2020, Hannover

Eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung des mit verschiedenen Herausforderungen konfrontierten Gesundheitswesens bedarf neuer Wege. Einen entscheidenden Faktor für eine erfolgreiche und an Patient*innen orientierte Gesundheitsversorgung stellen dabei sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen unter Einbeziehung der Digitalisierung dar. Der 2. Versorgungsdialog 2029 zeigt aktuelle Problemstellungen auf und lädt zur Diskussion über voraussichtliche Entwicklungen und Zukunftsvisionen ein: Wie sollte die sektorenübergreifende Versorgung im Jahr 2029 aussehen und auf welchem Weg kommen wir dahin? Welche innovativen Konzepte tragen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung bei? Die im Jahr 2019 erfolgreich gestartete Veranstaltungsreihe richtet sich an Expert*innen aus Pflege und Medizin, Wissenschaft, Politik, Krankenkassen, an Leistungserbringende sowie an alle Interessierten.

Bildung und Gesundheit in der Kita.

Früh übt sich ... Die Stärken und Schwächen sozialer Beziehungen

26. Februar 2020, Hannover

Starke Beziehungen sind wichtig, denn sie bilden ein enges soziales Gefüge wie zum Beispiel zwischen Erzieh*innen und den Kindern. Dies schafft Bindung und Vertrauen und ist eine Grundlage für das psychische Wohlbefinden und eine gesunde Entwicklung von Mädchen und Jungen in der Kita. Doch was sind die Stärken sozialer Beziehungen? Wann und wo sind sie vorhanden? Wie können sie von der Kita und den Erzieher*innen genutzt und eingesetzt werden? Diese Fragen sowie Diskussionen und Gespräche rund um das Thema »Stärken schwacher sozialer Beziehungen« sollen auf der Veranstaltung für einen kollegialen Austausch der Teilnehmer*innen, neue Kontakte und anregende Ideen sorgen. Die landesweite Fachtagung richtet sich an verantwortliche Fachkräfte in Kindertagesstätten, Kindergärten, Krippen, Elterninitiativen und Horte sowie andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung.

Jahrestagung: Gesundheit, Erwerbslosigkeit, Chancengleichheit – zusammen denken, gemeinsam handeln

25. März 2020, Hannover

Das koordinierte Zusammenwirken relevanter Akteur*innen gilt als wichtige Voraussetzung einer gelingenden Gesundheitsförderung und der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit von und mit Erwerbslosen. »Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen [...] für die Gesundheit zu garantieren«. Die Jahrestagung für Niedersachsen und Bremen, die im Rahmen des Projektes »Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt« stattfindet, bietet einführende Vorträge und Workshops zu den Themen Partizipation, Vernetzung, Zielgruppenorientierung und Nachhaltigkeit. Die Veranstaltung richtet sich an Vertreter*innen der Jobcenter und Agenturen für Arbeit, Vertreter*innen der GKV, kommunale Akteur*innen der Gesundheitsförderung sowie Interessierte.

VORSCHAU

»Segel setzen 6«

Fachtagung des bundesweiten Netzwerkes SpDi
Anpassung und Widerstand – sozialpsychiatrisches Handeln
in einer neoliberal formierten Gesellschaft

26.–27. März, Hannover

Seniorenzahnmedizin und Pflege

24. April 2020, Hannover

Gesundheitsfördernde Hochschule und Gender

14.–15. Mai 2020, Emden

Gesundheitsförderung in der Kita

Juni 2020, Hannover

FORTBILDUNG ZUR* M DEMENZBEAUFTRAGTEN Modulübersicht

Block I

Modul 1: Demenz und Delir 05.–06. Februar 2020

Modul 5: Demenz im Krankenhaus 07. Februar 2020

Block II

Modul 3: Demenzgerechte Ansätze 04.–05. März 2020

Modul 2: (Selbst-)Wahrnehmung 06. März 2020

Block III

Modul 7: Zusammenarbeit mit Angehörigen 27. April 2020

Modul 6: Kontakt und Umgang 28.–29. April 2020

Block IV

Modul 6: Kontakt und Umgang 13.–15. Mai 2020

Block V

Modul 4: Verstehen und Annehmen 07.–08. Juli 2020

Zusatz: Nichtärztliche Angebote 09. Juli 2020

Alle Termine Prinzenstraße 1, Hannover



für Führungskräfte und
Beschäftigte in der Pflege
und Betreuung

FORTBILDUNGSPROGRAMM

Beratungswissen in der ambulanten Gesundheits-
und Krankenpflege

11. Februar 2020, Hannover

Beratungswissen in der Pflege – Das Update 2020

13. Februar 2020, Hannover

Objektbilder – Interaktive Kunst gestalten

13. Februar 2020, Hannover

Gerontopsychiatrisches Fachwissen – Das Update

18. Februar 2020, Hannover

Tagespflege erfolgreich führen

20. Februar 2020, Hannover

Hat der/die Kund*in immer Recht? –
Kundenorientierung und ihre Grenzen

10. März 2020, Hannover

Bunt gemischte Teams – (K)ein Erfolgsfaktor?

11. März 2020, Hannover

Kommunikation ohne Worte (KoW®) –
Kraft der nonverbalen Interaktion

17. März 2020, Hannover

Refresher – Die Expertenstandards des DNQP
im Kontext zum Strukturmodell

18. März 2020, Hannover

Weitere Informationen unter: www.carealisieren.de



Kompetenzzentrum
für Gesundheitsförderung
in Kitas

FORTBILDUNGSPROGRAMM

Wenn die Seele überläuft – psychische Gesundheit in der Kita

15.–16. Januar 2020, Hannover

Dialogwerkstatt: Gesundheitsförderung in der Kita –
wieso, weshalb, warum – wer nicht fragt ...?

22. Januar 2020, Hannover

Dialogwerkstatt: Gesundheitsförderung in der Kita –
wieso, weshalb, warum – wer nicht fragt ...?

04. Februar 2020, Bremen

Partizipation – Ein wichtiges Thema im Bereich Kita und Gesundheit

04. März 2020, Hannover

Weitere Informationen unter: www.kogeKi.de

NIEDERSACHSEN

10.–12.01.2020 » Präventionsarbeit für Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, Göttingen

Kontakt: Akademie Walschloesschen
Tel.: (0 55 92) 92 77 0
E-Mail: info@walschloesschen.org
Internet: www.walschloesschen.org

17.–19.01.2020 » Bundesweites Treffen von Frauen mit HIV, Göttingen

Kontakt: Akademie Walschloesschen
Tel.: (0 55 92) 92 77 0
E-Mail: info@walschloesschen.org
Internet: www.walschloesschen.org

06.–09.02.2020 » Bundesweites Positiventreffen, Treffen für HIV-Positive im Erwerbsleben, Göttingen

Kontakt: Akademie Walschloesschen
Tel.: (0 55 92) 92 77 0
E-Mail: info@walschloesschen.org
Internet: www.walschloesschen.org

14.–15.02.2020 » Wohnen und Gesundheit im Alter, Vechta

Kontakt: Institut für Gerontologie Vechta (IfG)
Tel.: (0 44 41) 15 77 3
E-Mail: tagung2020@uni-vechta.de
Internet: www.uni-vechta.de

24.–26.03.2020 » ALTENPFLEGE – Die Leitmesse 2020, Hannover

Kontakt: Vincentz Network GmbH & Co. KG
Verlagsbereich Altenhilfe
Tel.: (05 11) 99 10-17 5
E-Mail: veranstaltungen@vincentz.net
Internet: www.altenpflege-messe.de

BUNDESWEIT

24.–25.01.2020 » Kongress Pflege 2020, Berlin

Kontakt: Springer Pflege Kongressorganisation
Tel.: (0 30) 82 78 75 51
E-Mail: info@gesundheitskongress.de
Internet: www.gesundheitskongresse.de

13.–15.02.2020 » Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Berlin

Tel.: (0 40) 7410-54203
E-Mail: a.kutzer@isd-hamburg.de
Internet: www.jahrestagungdept.org

19.–22.02.2020 » 34. Deutscher Krebskongress 2020, Berlin

Kontakt: Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Tel.: (0 30) 32 29 329-0
E-Mail: dkk2020@krebsgesellschaft.de
Internet: www.dkk2020.de

05.03.2020 » Bewegung und Bewegungsförderung – Statuskonferenz 2020, Köln

Kontakt: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)
Tel.: (02 28) 98 72 7-13
E-Mail: statuskonferenz@bvpraevention.de
Internet: www.bvpraevention.de,
www.dosb.de, www.dvgs.de

06.–07.03.2020 » Münchener Symposium Frühförderung 2020, München

Kontakt: Arbeitsstelle Frühförderung Bayern
Tel.: 0173 37 02 090, E-Mail: info@viff-by.de
Internet: www.fruehfoerderung-bayern.de

06.–07.03.2020 » Gesellschaften im Wandel – Digitalisierung, Komplexität, Beschleunigung, Hamm-Lippstadt (Westfalen)

Kontakt: BDP Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen,
Bundesgeschäftsstelle, Tel.: (0 30) 209 166 600
E-Mail: politische.psychologie@web.de
Internet: www.bdp-politische.de

08.–10.03.2020 » Kongress Armut und Gesundheit, POLITIK MACHT GESUNDHEIT. Gender im Fokus, Berlin

Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Tel.: (0 30) 44 31 90 73, Fax: (0 30) 44 31 90 63
E-Mail: kongress@gesundheitbb.de
Internet: www.armut-und-gesundheit.de

11.–13.03.2020 » 57. Wissenschaftlicher Kongress, Ernährung heute – individuelle Gesundheit und gesellschaftliche Verantwortung, Jena

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
Tel.: (02 28) 3776-600, E-Mail: kongress@dge.de
Internet: www.dge.de

11.–14.03.2020 » 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), München

Kontakt: DGAUM e.V., Tel.: (0 89) 33 03 96-15
E-Mail: bkramer@dgaum.de
Internet: www.dgaum.de

12.–13.03.2020 » DGKJP Forschungstagung 2020, Köln

Kontakt: DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.)
Tel.: (02 21) 478-43 70
E-Mail: sabine.luedicke@uk-koeln.de
Internet: www.dgkjp.de

12.–14.03.2020 » Deutscher Pflegetag 2020, Berlin

Kontakt: DPSG Deutscher Pflegetag Servicegesellschaft mbH
Tel.: (0 30) 20 67 11 40
E-Mail: info@deutscher-pflegetag.de
Internet: www.deutscher-pflegetag.de

19.–21.03.2020 » 11. Osnabrücker Kongress – Bewegte Kindheit, Osnabrück

Kontakt: Kongressbüro »Bewegte Kindheit«
Universität Osnabrück, Marita Werner
Tel.: (05 41) 96 96 405
E-Mail: fachausstellung@bewegtekindheit.de
Internet: www.bewegtekindheit.de

INTERNATIONAL

16.01.2020 » 6. EUFEP – Kongress, (Un)seriöse Gesundheitsinformationen: erkennen, verstehen, entscheiden, Burg Perchtoldsdorf (Niederösterreich)

Kontakt: Europäisches Forum für evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention (EUFEP)
Tel.: (+43) 02732 893-2911
E-Mail: eufep@donau-uni.ac.at
Internet: www.oepgk.at

17.–18.01.2020 » Public Health³ Tagung der Länder Deutschland, Österreich, Schweiz: Gesundheitskommunikation im 21. Jahrhundert, Steckborn (Schweiz)

Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), Tel.: (+43) 01 40 51 38 334
E-Mail: office@oeph.at/ph3@publichealthdoctors.ch
Internet: www.oeph.at

17.–18.01.2020 » 6. Kinder- und Jugendpsychiatrie Kongress, SCHÖNE DIGITALE WELT? Kinder und Jugendliche im Internet – Chance oder Gefahr?, Innsbruck (Österreich)

Kontakt: Ulrike Schalko Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kongressbüro, Tel.: (+43) 050 50 43 38 05
E-Mail: iki.ps.kjp-kongress@tirol-kliniken.at
Internet: www.dgkjp.de

06.–08.02.2020 » 25. Jahrestagung GAIMH, seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit, Wien

Kontakt: GAIMH – German speaking Association for Infant Mental Health, Tel.: (+43) 0660 18 52 59 2
E-Mail: info@gaimh.org
Internet: www.gaimh.org

13.02.2020 » Tagung: Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Österreich und Deutschland, Innsbruck (Österreich)

Kontakt: Institut für Zivilrecht, Universität Innsbruck
Tel.: (+43) 0512 50 78 12 09
E-Mail: tatjana.ulasik@uibk.ac.at
Internet: www.uibk.ac.at

13.–14.02.2020 » 6. Internationale Konferenz – Arbeit und Gesundheit, Olten (Schweiz)

Kontakt: Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
Tel.: (+41) 062 95 72 05 7
E-Mail: thomas.geisen@fhnw.ch
Internet: www.fachtagung-eingliederungsmanagement.ch